Rheinische Landesklinik
- Psychiatrische Klinik der Universität -
Düsseldorf
Leitender Arzt: Prof. Dr. med. K. Heinrich

UNTERSUCHUNGEN ÜBER DEN WORTGEBRAUCH IN PSYCHIATRISCHEN KRANKENGESCHICHTEN

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Wolfgang Wöller

1979

1980

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543910_0008

Rheinische Landesklinik
- Psychiatrische Klinik der Universität -
Düsseldorf
Leitender Arzt: Prof. Dr. med. K. Heinrich

UNTERSUCHUNGEN ÜBER DEN WORTGEBRAUCH IN PSYCHIATRISCHEN KRANKENGESCHICHTEN

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Wolfgang Wöller

1979

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. Krüskemper

Referent
gez.: Prof. Dr. Heinrich

Korreferent
gez.: Prof. Dr. von Ferber

INHALT

		Seite
	VORWORT	6
1	EINLEITUNG	12
1.1	Epidemiologische Forschung und psychiatrische Diagnose	12
1.2	Psychiatrische Nosologie	17
1.3	Der diagnostische Prozeß in der Psychiatrie	27
1.4	Eigenschaftsbegriffe in der psychiatrischen Diagnostik	42
1.5	Diagnostik und Etikettieren	51
1.6	Die Bedeutung diagnostischer Eigenschaftsbegriffe	63
1.7	Fragestellung dieser Arbeit	68
2	METHODE	72
2.1	Inhaltsanalyse	72
2.2	Festlegung der Art und Klasse von Texten	75
2.3	Auswahl der Stichprobe	76
2.4	Definition der Schlüsselkategorien	78
2.5	Erfassung der Eigenschaftsbegriffe	79
2.6	Aufzählung und Klassifikation der Eigenschaftsbegriffe nach ihrer Häufigkeit	80
2.7	Definition der Richtungskategorien	81
2.8	Definition der Dimension "Soziale Wertung"	82
2.9	Erhebung der Punktwerte für die Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit"	82
2.1o	Definition der Bewertergruppe	83

		Seite
2.11	Auswahl der Eigenschaftsbegriffe	83
2.12	Vortestung des Fragebogens	84
2.13	Aufbau des Fragebogens	84
2.14	Berechnung der Mittelwerte	85
2.15	Berechnung der Punktwerte für die Dimension "Soziale Wertung"	86
2.16	Einteilung der Eigenschaftsbegriffe in Bewertungsklassen	86
2.17	Berechnung der Verteilung der Eigenschaftsbegriffe auf die Bewertungsklassen	87
2.18	Bildung von Rangordnungen	87
2.19	Überprüfung der Hypothesen	88
3	ERGEBNISSE	89
3.1	Häufigkeiten der Eigenschaftsbegriffe	89
3.2	Ergebnisse der Bewertung der Eigenschaftsbegriffe	91
3.3	Rangfolge der Eigenschaftsbegriffe entsprechend ihrer Bewertung (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3)	93
3.3.1	Rangfolge entsprechend der Bewertung der Dimension "Sympathie"	93
3.3.2	Rangfolge entsprechend der Bewertung der Dimension "Soziale Erwünschtheit"	94
3.3.3	Rangfolge entsprechend der Bewertung der Dimension "Soziale Wertung"	94
3.3.4	Vergleich der Rangfolgen "Sympathie", "Soziale Erwünschtheit" und "Soziale Wertung"	95
3.4	Rangfolge der Eigenschaftsbegriffe entsprechend ihrer Bewertung (Häufigkeitsklassen 1 und 2)	98
4.	INTERPRETATION UND DISKUSSION	101
4.1	Deutung der Ergebnisse	101
4.2	Reflexion und Schlußfolgerungen	105

		Seite
4.3	Der psychopathologische Stellenwert der untersuchten Eigenschaftsbegriffe	109
4.3.1	Eigenschaftsbegriffe, die den Bewußtseins- und Orientierungszustand beschreiben	110
4.3.2	Eigenschaftsbegriffe, die Antrieb und Motorik beschreiben	113
4.3.3	Eigenschaftsbegriffe, die das Denken beschreiben	116
4.3.4	Eigenschaftsbegriffe, die Stimmungslage und Affekt beschreiben	119
4.3.5	Zusammenfassung und Vergleich der Gruppen von Eigenschaftsbegriffen in Kap. 4.3.1 und 4.3.4	122
4.4	Wertende Eigenschaftsbegriffe in der psychiatrischen Literatur	125
4.5	Erweiterung des Forschungsansatzes	127
5.	ZUSAMMENFASSUNG	133
ANHANG		135
	1. Tabellen	136
	2. Abbildungen	183
	3. Abdruck der Fragebögen	186
	4. Aufbau der Lochkarten	212
LITERATURVERZEICHNIS		216

VORWORT

"Die Erweiterung der Medizin in die gesellschaftliche Dimension, wie sie in der Sozialmedizin ihren wissenschaftlichen Ausdruck findet, bewirkt den Einzug sozialwissenschaftlicher Begriffe, Methoden und Erkenntnisabsichten."(v.FERBER/KISKER 1975,26). Interdisziplinarität und Methodenpluralismus sind daher entscheidende Voraussetzungen sinnvollen sozialmedizinischen Forschens. Die Sozialmedizin, die als ihren Gegenstand "die spezifischen Wechselwirkungen zwischen dem der Gesundheit dienendem System, dem gesellschaftlichen Gesamtsystem und dem Individuum" (BLOHMKE/SCHÄFER et al. 1975,1) betrachtet sowie deren Manifestationen in den Bereichen des Gesundheitswesens, der medizinischen Prävention, Rehabilitation und Epidemiologie, der sozialen Sicherung und der gesundheitlichen Aufklärung, findet ihre Ergänzung in der Medizinischen Soziologie. Diese ist in gleicher Weise Spezialdisziplin der angewandten Soziologie einerseits und Methodologie oder "Erkenntnistheorie" der Sozialmedizin andererseits (LÜTH 1972,295). Ihre doppelte Funktion wird verdeutlicht in der Unterscheidung von STRAUSS (1957,200) zwischen "sociology in medicine" und "sociology of medicine", wobei im ersten Falle die "Anwendung soziologischer Methoden und Theorien auf das Gesundheitswesen sowie auf die Phänomene Gesundheit und Krankheit" (PFLANZ 1969,1123), im anderen Falle aber die soziologische Analyse des "gesamten Institutions- und Verhaltensgefüges der Medizin im weitesten Sinne" (SCHELSKY 1958) - als Medizin-Soziologie in Analogie zu den zahlreichen anderen Bindestrich-Soziologien - zu verstehen ist.

STRAUSS ging es darum, zu zeigen

"daß die Soziologie d e r Medizin sich mit der Untersuchung solcher Faktoren zu befassen hat wie organisationelle Struktur, Rollenbeziehungen, Wertsysteme, Rituale und Funktionen der Medizin als Verhaltenssystem, und daß diese Art (der Untersuchung) am ehesten von Personen ausgeführt werden kann, die unabhängige Positionen außerhalb der formalen medizinischen Leistungsagentur einnehmen. Soziologie i n der Medizin besteht in der forschenden und lehrenden Zusammenarbeit, welche oftmals die Integration von Begriffen, Techniken und Personal vieler Disziplinen voraussetzt ... Forschung, bei der der Soziologe mit dem Arzt zusammenarbeitet, um einen Krankheitsprozeß oder die Einflußfaktoren auf die Reaktion des Patienten auf Krankheit zu untersuchen, ist primär Soziologie i n der Medizin" (STRAUSS 1957,203).

Unter den klinisch-praktischen Disziplinen der Medizin war, historisch betrachtet, die Psychiatrie das erste Gebiet, auf dem soziologische Forschung in exemplarischer Weise zu bedeutsamen Ergebnissen geführt hat, indem sie den entscheidenden Einfluß gesellschaftlicher Faktoren auf die Manifestation psychischer Erkrankungen sichtbar machte. Die Psychiatrie ist von ihrem Gegenstandsbereich und ihrer Aufgabenstellung her nicht ohne die soziale Dimension zu denken, gleichgültig, ob sie als "die gesamte Lehre von seelischen Krankheiten und Abnormitäten" (SCHULTE/TÖLLE 1975,1) oder als "ein Spezialfach der Medizin, das sich mit der Erforschung, Diagnostik, Therapie und Prävention von Verhaltensstörungen befaßt" (REDLICH 1976,13), angesehen wird. Wenn sich auch die große Bedeutung, die der Beziehung des psychisch Kranken zu seiner Gesellschaft zukommt, dem klinisch-psychiatrisch Tätigen tagtäglich zeigt, so hat doch erst die Sozialpsychiatrie diese Beziehung zu Zwecken der Forschung explizit thematisiert.

Ihre wissenschaftliche Bedeutung erhielt die Sozialpsychiatrie, die ihre Ursprünge in der Psychohygiene der zwanziger Jahre und in der nordamerikanischen Mental-Health-Bewegung der frühen fünfziger Jahre hat, durch die systematische Anwendung der Epidemiologie, einer Forschungsstrategie, die sich bei der Aufdekkung der Verbreitung von Infektionskrankheiten vielfach bewährt hatte (PFLANZ 1971; COOPER und MORGAN 1977). Während sich die epidemiologische Forschung mit der Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung nach den verschiedensten Variablen wie Alter, Geschlecht, Lebens- und Eßgewohnheiten etc. befaßt, ist in der Sozialepidemiologie die soziale Lage der Bevölkerungsgruppe die entscheidende Variable (ABHOLZ 1976,9). Die Erkenntnis, daß die psychischen Störungen, wie immer sie auch zu erklären seien, als Massenphänomen ein soziales Problem darstellen, ließ gerade in der Psychiatrie der sozialwissenschaftlichen Forschung ein breites Betätigungsfeld, dem sich insbesondere die "Psychiatrische Soziologie" (ROSE 1968) zuwandte. Je nach Forschungsintention und theoretischem Hintergrund wurden Erkenntnisse der Psychiatrie mit sozialen Faktoren in Beziehung gesetzt, oder es wurden die psychischen Störungen selbst unter Verzicht auf die psychiatrischen Kategorien in einen sozialwissenschaftlichen Bezugsrahmen wie etwa den der sozialen Interaktion hineingestellt und entsprechend interpretiert - je nachdem, ob eine Soziologie i n der Psychiatrie oder eine Soziologie d e r Psychiatrie intendiert war.

Die eingangs erwähnte Interdisziplinarität sozialmedizinischer Forschung im allgemeinen und sozialpsychiatrischer Fragestellungen im besonderen wird gerade auch in der vorliegenden Arbeit deutlich. Wenn es in dieser

Arbeit darum geht, einige Aspekte des in psychiatrischen Krankengeschichten verwendeten diagnostischen Vokabulars näher zu untersuchen und der Frage nachzugehen, wie weit Begriffe der psychiatrischen Befunddokumentation soziale Wertungen implizieren, handelt es sich

1. um eine klinisch-psychiatrische Fragestellung, da die Dokumentation des psychiatrischen Befundes einen wesentlichen Bestandteil des diagnostischen Prozesses in der Psychiatrie ausmacht;
2. im engeren Sinne um eine sozialpsychiatrische Fragestellung, da mit dem Begriff der sozialen Wertung eine Problemdimension angedeutet wird, die nur durch die Einführung sozialwissenschaftlicher Methoden in die Medizin anzugehen ist;
3. um eine soziologische Fragestellung, da soziale Wertungen Bestandteile, Ursachen und Folgen sozialer Interaktion sind;
4. um eine medizin-soziologische Fragestellung, da die psychiatrische Diagnostik einerseits die Äußerungsform einer medizinischen Institution und andererseits mit all ihren Folgen gesellschaftlicher und rechtlicher Art ein Akt sozialen Handelns par excellence ist;
5. um eine sozial-psychologische Fragestellung, da soziale Wertungen Ausdruck von meßbaren Einstellungen (Attitüden) derjenigen sind, die die Wertungen vornehmen (zur Problematik siehe STUMME 1972);
6. um eine linguistische Fragestellung, da es um eine Untersuchung der in Krankengeschichten verwendeten Sprachformen nach grammatischen, semantischen und pragmatischen Gesichtspunkten geht;

7. um eine soziolinguistische Fragestellung, da soziale Wertung sprachlicher Ausdruck sozialer Distanz zwischen Arzt und Patient sein und mögliche Sozialdialektunterschiede widerspiegeln kann (wie noch auszuführen sein wird);
8. um eine kommunikationstheoretische Fragestellung, da soziale Wertung eine Störung der Kommunikation, d.h. der Informationsübermittlung, von Patient und Arzt (Sender bzw. Empfänger und umgekehrt) anzeigen kann.

Im methodischen Bereich konnte dabei auf Verfahren zurückgegriffen werden, die in den Sozialwissenschaften (in der Soziologie und in der Sozialpsychologie) bereits hinreichend erprobt und bewährt sind, so die systematische Inhaltsanalyse zur Aufschlüsselung von Texten zur empirisch-statistischen Auswertung oder das Semantische Differential nach OSGOOD (1957) zur Messung des affektiven Anteils von Wörtern.

Die vorliegende Arbeit ist ein Element eines umfassenden sozialpsychiatrischen und psychiatriesoziologischen Forschungsprogrammes der Forschungsstelle Psychiatrische Soziologie der Psychiatrischen Klinik der Universität Düsseldorf. Sie will als "pilot study" das Problemfeld abstecken, methodische Zugänge sondieren und Tendenzen registrieren. Die Fragestellung nach der Implikation sozialer Wertungen bei psychiatrisch-diagnostischen Begriffen wird in weiteren Arbeitsschritten präzisiert werden können, das methodische Rüstzeug wird sich verfeinert und gezielter einsetzen lassen. Vor allem soll der Einfluß verschiedener Sozialdaten wie etwa der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht auf die Häufigkeit des Auftretens sozial wertender Begriffe Gegenstand des Interesses werden.

Anliegen dieser Arbeiten, die sich mit dem Problembereich "Sprache in der Psychiatrie" befassen, ist es, einen Beitrag zur Soziologie i n der Psychiatrie zu leisten, wobei es ihnen darum geht, mit Hilfe sozialwissenschaftlicher Methoden einen Ausschnitt spezifisch medizinischer Praxis im Interesse der Medizin transparent zu machen. Unvermeidlich geraten sie damit jedoch auch zu einem Teil Soziologie d e r Psychiatrie, indem sie in eben diesem Bereich der medizinischen Praxis den vermeintlich innermedizinischen Charakter der Problematik psychiatrischen Diagnostizierens in seiner gesellschaftlichen Dimension aufzeigen [vgl. SIEGRIST 1977].

Düsseldorf, im März 1979 Wolfgang Wöller

1 EINLEITUNG

1.1 Epidemiologische Forschung und psychiatrische Diagnose

Bei einer groß angelegten Studie über die Verteilung psychischer Störungen in Chicago in den Jahren 1922 bis 1931 fanden FARIS und DUNHAM (1939), daß die höchste Inzidenz für Schizophrenie, Alkoholpsychose und progressive Paralyse in dem von der Unterschicht bewohnten innerstädtischen Gebiet von Chicago anzutreffen war, das durch hohe horizontale Mobilität und soziale Verkommenheit gekennzeichnet war. Die geringsten Erkrankungsraten stellten sie in den Vororten der wohlhabenden Mittelschicht fest. Für neun weitere Städte der Vereinigten Staaten konnten diese Ergebnisse bestätigt werden (CLARK 1949,433). HOLLINGSHEAD und REDLICH (1958) fanden bei einer Untersuchung in New Haven, Connecticut, eine Anhäufung psychischer Erkrankungen in den unteren sozialen Schichten: die Inzidenz- und Prävalenzraten zeigten, daß die unteren Schichten, die etwa zwei Drittel der Stadtbevölkerung ausmachten, mehr als drei Viertel der psychiatrischen Patienten stellten. Doch dürfte der Anteil der Unterschichtsangehörigen noch größer gewesen sein, wenn man das Ergebnis einer Studie von PARSAMANIK (1961) über die Verteilung psychischer Erkrankungen in Baltimore berücksichtigt, derzufolge nur etwa die Hälfte der von ihm als psychotisch Diagnostizierten in psychiatrischer Behandlung standen, und das bekannte arztmeidende Verhalten von Personen der unteren Schichten (MYERS und ROBERTS 1959,213)

in Betracht zieht. Auch die ungleiche Verteilung der psychischen Störungen über die sozialen Schichten mit dem relativen Übergewicht der Psychosen, insbesondere der Schizophrenien, ließ sich bestätigen. Während der Anteil der Psychotiker mit sinkendem Sozialstatus anstieg, sank derjenige von neurotischen Erkrankungen ab.

In Deutschland prüften HÄFNER und REIMANN (1969) diese Ergebnisse in der sogenannten Mannheim-Studie nach und kamen zu dem Schluß, daß das von FARIS und DUNHAM angewandte ökologische Zonenmodell mit einigen Modifikationen auch für die Interpretation der topographischen Verteilung der Inzidenzraten der meisten psychischen Erkrankungen in der Stadt Mannheim anwendbar ist.
Es hat nicht an Überlegungen gefehlt, die darauf abzielten, eine Erklärung für die ungleiche Verteilung zu finden. Vor allem boten sich zwei Hypothesen an:

1. Die "Breeder hypothesis", die besagt, daß Personen aus den unteren sozialen Schichten erhöhtem wirtschaftlichem und sozialem Druck ausgesetzt sind, was eine Manifestation dieser Erkrankungen begünstigen könnte;
2. die "Drift hypothesis" oder Zustromhypothese, die auf der Annahme beruht, daß beispielsweise Schizophrene oder ihre Eltern zum sozialen Abstieg gezwungen sind, da sie sich als Folge ihrer Erkrankung nicht auf gut bezahlten und sozial geachteten Arbeitsplätzen halten können.

Zum anderen drängte sich der Verdacht auf, zumindest ein Teil der Unterschiede könnte durch ein Artefakt des Meßsystems bedingt sein und als Produkt der zugrundeliegenden diagnostisch-nosologischen Kategorien zu erklären sein. Der Verdacht wurde erhärtet, als bekannt wurde, daß die Häufigkeiten bestimmter psychiatrischer Diagnosen von einem Land zum anderen zum Teil erheblich variierten. Beispielsweise wird die Diagnose "Schizophrenie" in den Vereinigten Staaten wesentlich öfter gestellt als in Europa (GURLAND et al. 1970); manche amerikanische Formen der Schizophrenie entsprechen in Großbritannien anderen nosologischen Kategorien. Nach KRAMER (1969) überwogen in New York Schizophrenie und Alkoholismus, in London affektive Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Aus der transkulturellen Psychiatrie ist bekannt, daß die Grenze zwischen "psychisch gesund" und "psychisch krank" in starkem Maße von den jeweils in einer Gesellschaft herrschenden sozialen Normen abhängig ist. Als Beispiel für die größere Toleranz gegenüber Geisteskrankheiten in bestimmten ländlichen Gegenden führen ENKE et al. (1974,33) die Äußerung eines kanadischen Holzfällers an: "It is alright to hear voices so long as you don't talk back to them."
Wenn ein Beispiel wie dieses zeigt, wie sehr unsere nosologischen Kategorien in der Psychiatrie durch unseren Kulturkreis geprägt sind, so müssen die Unterschiede in der Diagnosenverteilung zwischen Ländern so ähnlichen kulturellen Hintergrundes wie den USA und Großbritannien ernste Zweifel an der Reliabilität psychiatrischer Diagnosen wecken. Tatsäch-

lich konnte durch eine Reihe von Untersuchungen nachgewiesen werden, daß die psychiatrische Diagnose nicht in gleicher Weise wie die der somatisch-medizinischen Disziplinen dem Anspruch der Reliabilität genügt (ASH 1949, ROTTER 1954, STRUPP und WILLIAMS 1960). Eine mangelnde Übereinstimmung der Diagnosen von erfahrenen psychiatrischen Untersuchern fanden auch WARD et al. (1962). SCHMIDT und FONDA (1956) überprüften die Übereinstimmung von Diagnosen der Psychiater eines amerikanischen Krankenhauses, indem sie 426 Patienten in 11 diagnostische Kategorien einordnen ließen. Sie fanden eine Übereinstimmung von nur 55 % (74 % bei den organisch bedingten Störungen, 47 % bei den Psychosen, 24 % bei den Neurosen). HÄFNER et al. (1967) haben zeigen können, wie stark der jeweilige Diagnoseprozeß von der Schulrichtung des Diagnostikers abhängt, so daß beispielsweise in Kliniken Diagnosehäufigkeiten mit dem Wechsel der Klinikdirektoren variieren können. Nach Angaben von DÖRNER (1975,140) soll noch vor einigen Jahren das Verhältnis von "schizophren" zu "manisch-depressiv" an der Hamburger Klinik 10 : 90, an der Heidelberger Klinik jedoch 70 : 30 betragen haben. Es läßt sich also feststellen, daß von Land zu Land und innerhalb der psychiatrischen "Schulen" eines Landes ganz erhebliche Diskrepanzen in der psychiatrischen Diagnostik bestehen (MOMBOUR 1973,84).

Nach MOMBOUR (1973,85) beruhen diese "Widersprüche in der psychiatrischen Diagnostik sowohl auf Unterschieden der verwendeten nosologischen Systeme als

auch auf Inkonsequenzen bei der diagnostischen Zuordnung eines individuellen Krankheitsfalles zu einem solchen System". Sie lassen sich seiner Ansicht nach anhand von drei Gesichtspunkten ordnen:

"1. Es herrschen unterschiedliche Auffassungen über die vermuteten Krankheitsursachen.
2. Der Umfang eines diagnostischen Begriffs wechselt, er wird einmal in einem engeren, das andere Mal in einem weiteren Sinne verwendet. Dadurch wird die Abgrenzung zu Nachbargruppen unsicher, die einbezogen, zu anderen Diagnosen gerechnet oder als selbständige Einheiten betrachtet werden.
3. Innerhalb des gleichen Zustandsbildes wechselt die Bewertung und Akzentuierung von Einzelsymptomen, die dann vorrangig über die unterschiedliche Zuordnung entscheiden."

Im ersten und zweiten Falle steht das diagnostisch-nosologische System im Zentrum des Interesses, im dritten Falle geht es um den Diagnostiker und den diagnostischen Prozeß. Entsprechend soll im folgenden zunächst auf die psychiatrische Nosologie im Hinblick auf mögliche Widersprüche als Quelle mangelnder Reliabilität psychiatrischer Diagnosen eingegangen werden, wobei der schizophrenen Psychose die größte Aufmerksamkeit gewidmet wird; anschließend wird die Problematik des diagnostischen Prozesses thematisiert.

1.2 Psychiatrische Nosologie

Jedes Diagnostizieren ist nur vor dem Hintergrund einer Nosologie, d.h. einer systematischen Krankheitslehre möglich, die sich als Nosographie mit der Herausarbeitung und Beschreibung einzelner Krankheiten, als nosographische Klassifikation mit deren Gliederung in Unterformen bzw. Zusammenfassung zu Krankheitsgruppen mit dem Ziel einer systematischen Ordnung der Krankheiten befaßt (ZERSSEN 1973b,355). Ihre Grundlegung findet die psychiatrische Nosologie in der Psychopathologie, die zum einen als psychiatrische Symptomatologie der Erkennung, Beschreibung und Analyse krankhafter psychischer Phänomene dient, zum anderen sich als "wissenschaftliche Methodenlehre der Psychiatrie zur Erfassung von abnormen seelischen Zuständen und Geisteskrankheiten" versteht (PETERS 1971, 360). Die Geschichte der Psychopathologie folgt der Entwicklung der allgemeinen Psychiatrie, deren Grundlinien hier unter besonderer Berücksichtigung der schizophrenen Psychose skizziert seien.
Um die Jahrhundertwende faßte KRAEPELIN (1883) eine Reihe von Krankheitsbildern wie die Katatonie, die Hebephrenie und die akute Paranoia, die prima facie keine Gemeinsamkeiten aufwiesen, unter dem Eindruck ihrer frühzeitig zu seelischen Defektzuständen führenden Verläufe unter dem Begriff "Dementia praecox" als Krankheitseinheit zusammen. Diesen Krankheiten mit ihrem chronisch-progredienten, letztlich infausten Verlauf standen die Erkrankungen des "manisch-depressiven Irreseins" gegenüber, die

phasisch rezidivierten und zu vollständiger und defektfreier Abheilung tendierten.
Während KRAEPELIN die Einheit unter den Untergruppen der "Dementia praecox" nur durch die Ähnlichkeit ihrer Verläufe - der übliche Anfang der Krankheit in der Jugend und der infauste Verlauf zur Verblödung - rechtfertigen konnte, war es E. BLEULER (1911), dem es gelang, das Bindeglied zwischen den bisher so verschiedenartig anmutenden Erscheinungsformen auf der Ebene der psychopathologischen Struktur zu erkennen. "Wenn seine berühmte Unterscheidung zwischen den primären Symptomen der vermuteten Grundstörung und den sekundären (psychologischen Reaktionen der Psyche auf das Erleben der Krankheit) auch heute umstritten ist, dokumentiert doch die heute allgemein anerkannte Krankheitsbezeichnung 'Schizophrenie' (schizo = spalten; phrên = Seele, mens) das Fortbestehen des wesentlichen Begriffes: der Strukturzusammenhang der Persönlichkeit geht in der Krankheit verloren; Denken, Affekt, Erleben sind sowohl voneinander wie auch im Zusammenhang ihrer Komponenten gespalten." (BENEDETTI 1973,440)

Als Grundsymptome nahm BLEULER (1911) verschiedene Störungen des Gedankengangs wie Lockerung der assoziativen Zusammenhänge, der Affektivität und des subjektiven Erlebens der eigenen Persönlichkeit sowie Veränderungen im Bereich des Willens und des Handelns an. Ihnen stellte er als akzessorische Symptome Sinnestäuschungen, Wahnideen, akzessorische Gedächtnisstörungen, katatone Symptome, Ambivalenz und Autismus an die Seite. Unter Sekundärsymptomen verstand er "teils psychische Funktionen, ablaufend unter den durch die obengenannten Primärsymptome veränderten Bedingungen, teils Folgen mehr oder weniger geglückter Anpassungsversuche an die primären Störungen." (nach WEITBRECHT 1968,369)

Die Erkenntnis K. BONHOEFFERS (1910), daß verschiedenartige Noxen zu einigen wenigen psychopathologisch faßbaren Reaktionsformen führen - "Der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankungen steht eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder gegenüber" - lenkte die Aufmerksamkeit auf die "exogenen Reaktionstypen", die sogenannten "symptomatischen" oder "exogenen Psychosen", die durch Bewußtseinsstörung, einen schnellen Ablauf und die Kenntnis um die Verursachung durch äußere Schäden und körperliche Krankheiten gekennzeichnet sind. Auf die multikonditionale oder multifaktorielle Genese psychischer Erkrankungen hat erstmals E. KRETSCHMER (1918) hingewiesen, indem er am Beispiel des sensitiven Beziehungswahns zeigen konnte, wie dieser sich aus dem Zusammentreffen einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur, einer charakteristischen Umweltkonstellation und eines spezifischen auslösenden Erlebnisses ableiten läßt (cf. SCHULTE-TÖLLE 1975,14). Mit der aus der Philosophie E. HUSSERLS entlehnten Methode der Phänomenologie, deren Ziel es ist, psychische Phänomene aufzudecken und unter Verzicht auf eine genetische Erklärung zu beschreiben, hat K. JASPERS (1913) in seiner "Allgemeinen Psychopathologie" die Basis für das bis heute im wesentlichen grundlegende System der Psychopathologie der Heidelberger Schule (WILMANNS, SCHNEIDER, GRUHLE, MAYER-GROSS et al.) geschaffen. Auf K. SCHNEIDERs "Klinische Psychopathologie" (1931) geht die triadische Einteilung der psychischen Störungen zurück:

1. körperlich begründbare Psychosen;
2. körperlich (noch) nicht begründbare, sog. endogene Psychosen;
3. Variationen normalen seelisch-geistigen Wesens (HUBER 1974,2).

SCHNEIDERs Lehre von der Schizophrenie hat gegenüber derjenigen BLEULERs wesentliche Modifikationen hinsichtlich der Wertigkeit der einzelnen Symptome erfahren. Entscheidend für die Zuordnung einer endogenen Psychose zum Typus der Schizophrenie ist das Vorhandensein von "Symptomen ersten Ranges": "Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussungen, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmungen sowie alles von anderen Gemachte und Beeinflußte auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens (der Triebe) und des Willens". Liegen diese "Symptome ersten Ranges" nicht vor, so ist dennoch die Diagnose der Schizophrenie wahrscheinlich, wenn man sich auf folgende "Symptome zweiten Ranges" stützen kann: "die übrigen Sinnestäuschungen, der Wahneinfall, Ratlosigkeit, depressive und frohe Verstimmungen, erlebte Gefühlsverarmung und noch manches andere". So bedeutend diese Symptome für die Diagnose einer Schizophrenie sind, so wichtig ist es, darauf hinzuweisen, daß ihnen keinerlei Spezifität zukommt; in gleicher Weise können sie bei körperlich begründbaren Psychosen vorkommen, die durch gründliche körperliche Untersuchung differentialdiagnostisch jeweils auszuschließen sind:

"Wenn wir also im konkreten Fall eine körperlich begründbare Psychose - beispielsweise eine Alkoholintoxikation oder eine bestimmte chronische Schlafmittelvergiftung - aufgrund des gesamtklinischen Bildes ausschließen können, dann bedeutet bei der nunmehr als endogen aufzufassenden Psychose das Vorhandensein von gemachten Gedanken, von Begleitstimmen und Wahnwahrnehmungen, daß diese Psychose nicht mehr bei der Cyclothymie unterzubringen, sondern dem Typus Schizophrenie zuzuschlagen ist."
(WEITBRECHT 1968,337)

Die Unterteilung der Schizophrenie in klinische Untergruppen wie die Schizophrenia simplex, die Hebephrenie, die Katatonie sowie die von HUBER (1961) beschriebene coenästhetische Schizophrenie besagt lediglich, daß Symptome dieses oder jenes Typs, zumindest zeitweise, das Krankheitsbild beherrschen.
Die Grundanschauung der Heidelberger Schule lautet in der Formulierung GRUHLEs (1956): "Die Schizophrenie ist eine endogene (anlagemäßige) Hirnerkrankung, bei der es offen bleibt, ob die primäre Ursache encephalogen oder nicht encephalogen (somatogen) ist." Mit dem Begriff des "Endogenen" wollte SCHNEIDER lediglich seinen Verzicht auf eine ätiologische Zuordnung zum Ausdruck bringen. KOLLE (1955) spricht von den endogenen Psychosen als dem "delphischen Orakel der Psychiatrie", WEITBRECHT (1955) von der "Grundlosigkeit des Überfallenwerdens von Symptomen endogener Psychosen"; er schlägt stattdessen die Bezeichnung "kryptogen" (WEITBRECHT 1968,301) vor, womit seiner Ansicht nach die Situation des Nichtwissens am besten gekennzeichnet wäre. Über die enge Beziehung zwischen Endogenität und Vererbung besteht heute bei der überwiegenden Mehrheit der Forscher kein Zweifel. Nach ZERBIN-RÜDIN (1969) sind Erbfaktoren Vorbedingungen für die Entstehung einer Psychose, Umwelteinflüsse und intrapsychische Vorgänge jedoch möglicherweise entscheidend, ob es zur Manifestation der Psychose kommt oder nicht (cf. VLIEGEN 1973, 166). Die Entwicklung der neueren deutschen Psychopathologie nach dem zweiten Weltkrieg geht aus von den gestaltpsychologischen Ansätzen der "Berliner Schule" (Wertheimer, Koffka, Köhler), derzufolge nicht die Elemente der Empfindungen im Erleben unmittelbar gegeben sind, sondern Ganzheiten und Gestalten, sowie von den durch Krueger und Wellek erarbeiteten struktur-psychologischen Konzepten, die den aktuellen Erlebnisbeständen das transphänomenale Gefüge überdauernder Beziehungen als tragenden Grund gegenüberstellen. Als erster hat K. CONRAD (1958) die gestaltpsychologische Sichtweise für die Psychopathologie fruchtbar gemacht, indem er unter dem Leitgedanken des proto-

pathischen Gestaltwandels neben den hirnorganischen Störungen und symptomatischen Psychosen auch die schizophrenen Phänomene behandelte. PETRILOWITSCH (1958), dessen polarisierende Systematik der psychotischen Erscheinungsformen sich des strukturpsychologischen Ansatzes bedient, nimmt an, daß - im Gegensatz zur Zyklothymie, bei der er eine Alteration der Erlebnissphäre vermutet - die Schizophrenie mit einer Lockerung bis Lösung des Erlebnishaften von der personalen Struktur einhergehe. Mit JANZARIK (1959) findet, gleichfalls strukturpsychologisch fundiert, eine dynamische Betrachtungsweise der endogenen Psychosen Eingang in die psychopathologische Forschung: sie sieht in der Entgleisung der Dynamik, einem Grundaspekt des Seelischen als dem Gesamt der Impulse, Intentionen, Bereitschaften und Gerichtetheiten, den Kern psychotischer Verfassungen; alle endogenen Phänomene sind nach dieser Auffassung aus aktuellen Störungen oder einer gleichbleibenden Schädigung der seelischen Dynamik herzuleiten: die zyklothyme Depression als "dynamische Reduktion" im Gegensatz zur "dynamischen Expansion" der Manie; die "dynamische Unstetigkeit" als hervorragendes Merkmal der akuten Schizophrenie gegenüber der "dynamischen Insuffizienz"defektuöser Verläufe chronischer Schizophrenien. Der anthropologisch-daseins-analytischen Richtung in der Psychiatrie, die, orientiert an der Philosophie M. Heideggers, vor allem von BINSWANGER (1957), von GEBSATTEL (1954) und ZUTT (1963) vertreten wurde, geht es vorrangig um die Erfassung der Gesamtbezüge des erkrankten Individuums zur Welt, um sein Dasein als das ihm eigene und einmalige In-der-Welt-Sein. Psychoanalytisch ausgerichtete Kliniker haben sich über die resignierende Feststellung FREUDs hinweggesetzt, die Psychose sei übertragungsunfähig, und bestimmte Formen der Schizophrenie in den Indikationsbereich psychoanalytischer Verfahren einbezogen (cf. BENEDETTI 1964, MÜLLER 1972, et al.).Die Erweiterung des klassischen Psychosenschemas um die sogenannten "Rand-" oder "Mischpsychosen" geht auf KLEIST (1947) und LEONHARD (1957) zurück. Die Mitarbeiter des Heidelberger Kreises (v. Baeyer, Bräutigam, Häfner, Kisker, Tellenbach) behandeln Fragen der allgemeinen Psychopathologie - so etwa W. v. BAEYER (1955) mit dem Begriff der Begegnung in der Psychiatrie, KISKER

(1960) in seinen Ausführungen über den schizophrenen Personenwandel, HÄFNER (1963) in seiner Auseinandersetzung mit dem JASPERSschen Prozeßbegriff, TELLENBACH (1961) mit der Annahme eines hypostasierten "Endon" als eines die menschliche Natur konstituierenden Eigenbereiches, der "weder auf Physisches noch auf Psychisches zurückführbar" neben Soma und Psyche als drittes Ursachenfeld eine Instanz darstellt, die die Vielheit menschlicher Erscheinungsformen zu einem Ganzen integriert.
Mit der Bewußtseinspsychologie des französischen Psychopathologen Henry EY (1963) wird die phänomenologische Tradition fortgeführt. Die paläopsychopathologische Betrachtungsweise von BILZ (1967) aus den vierziger Jahren wird von HEINRICH (1965) in seinem Begriff der "enkletischen Umweltkommunikation" bei der psychotischen Grundsituation aufgegriffen; sie weist voraus auf die vergleichenden Verhaltenswissenschaften in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie (PLOOG 1964).[1)]

In der Depressionsforschung werden die endoreaktiven Dysthymien von WEITBRECHT (1952) herausgearbeitet. Die Schizophrenielehre erfährt eine Relativierung der Lehre von der reinen Endogenese angesichts der gewichtigen Fortschritte der naturwissenschaftlichen Methoden: der Hirnforschung, der Neurophysiologie, der Biochemie mit der Hypothese des gestörten Katecholaminstoffwechsels als ätiologischem Moment der Psychosen, der Ethologie sowie der in ihrer Bedeutung nicht hoch genug einzuschätzenden Psychopharmakologie. Die Untersuchungen von KULENKAMPFF (1962) über die Relevanz soziologischer Faktoren für die Entstehung der endogenen Psychosen und die Untersuchungen von KISKER (1962) über die Zusammenhänge von Schizophrenie und Familie markieren den Beginn der sozialpsychiatrischen Forschung.

---

1) Über die enge Verbindung zwischen Endogenität und Vererbung besteht heute bei der überwiegenden Mehrzahl der Forscher kein Zweifel. Nach ZERBIN-RÜDIN (1969) sind Erbfaktoren Vorbedingungen für die Entstehung einer Psychose, Umwelteinflüsse und intrapsychische Vorgänge jedoch entscheidend, ob es zur Manifestation der Psychose kommt oder nicht.

Nach diesem kurzen historischen Abriß der Entwicklung der psychiatrischen Psychopathologie soll nun die Frage nach den Widersprüchen in den nosologischen Systemen aufgegriffen werden. Eine Zusammenstellung von Beispielen zu Widersprüchen zwischen psychiatrischen "Schulen" findet sich bei MOMBOUR (1973,85):

"Am stärksten ins Auge springend ist die unterschiedliche Abgrenzung der Schizophrenie von anderen Krankheitsgruppen. Während Vertreter einer klassischen deutschen Psychiatrie von dieser Erkrankung im wesentlichen Fälle mit einer vollständigen Remission ausschließen (KRAEPELIN 1913; LEONHARD 1972), bezieht die Schweizer Psychiatrie diese Patienten ein und kommt dadurch zu einem wesentlich umfangreicheren Schizophrenie-Konzept (E. BLEULER 1972; M. BLEULER 1972). Die französische Psychiatrie stellt die Diagnose einer Schizophrenie nur bei einer chronischen, wenn auch in Schüben verlaufenden Erkrankung, bei der die wesentlichen schizophrenen Persönlichkeitsstörungen (Spaltungsphänomene) nachweisbar sein müssen; akute und ausheilende paranoid-halluzinatorische Phasen werden zu den "psychoses délirantes aigues" (akute Wahn-Psychosen) gerechnet, eine Sammelbezeichnung für ätiologisch sehr uneinheitliche Psychosen (EY et al. 1967); BOBON 1972). Am ausgedehntesten wird die Schizophrenie-Diagnose in Nordamerika gehandhabt, wo auch solche Fälle einbezogen werden, die in Europa als Manie, Neurosen oder pubertäre Ablösungskrisen mit starker Ambivalenz und antisozialem Verhalten beurteilt werden (COOPER et al. 1972; persönliche Erfahrungen des Autors). Strittig ist auch die Abgrenzung der Paraphrenien und der verschiedenen Formen der Paranoia, die in der französischen Psychiatrie als eigenständige endogene Psychosen mit großer Akribie diagnostiziert werden, sowie die Eigenexistenz anderer, zwischen Schizophrenie und manisch-depressivem Kranksein stehender Psychosen ("cycloide Psychosen" (LEONHARD 1972), "schizoaffektive Psychosen" (KASANIN 1933), "mischbildhafte phasische Psychosen" (MENTZOS 1967)). Je nachdem, ob diese Erkrankungen getrennt aufgeführt oder teilweise oder ganz unter die Schizophrenie eingeordnet werden, ändern sich wesentlich die Aussagen über deren Häufigkeit, Verlauf, Ansprechen auf Behandlung etc. (z.B. der cycloiden Psychosen siehe LEONHARD und v. TROSTORFF 1964). Es gibt nationale Diagnosen, wie z.B. die "psychose hallucinatoire chronique" (chronische Halluzinose) der französischen Psychiatrie, die in anderen Diagnoseschemata nicht vorkommt und deren Zuordnung unklar bleibt. In der skandinavischen Psychiatrie wird der Begriff der reaktiven (=psychogenen) Psychose verwendet, die aussehen soll wie eine endogene (vgl. STRÖMGREN 1972). Wie stark Psychiater bei der Benutzung dieser Diagnose voneinander abweichen, zeigt ein WHO-Seminar über reaktive Psychosen (ASTRUP u. ØDEGARD 1970). Aber auch affektive Psychosen werden unterschiedlich geordnet. Soll man die Involutionsdepression von der endogenen Depression trennen? Besteht ein grundsätzlicher Unterschied zwischen endogener und neurotischer Depression oder bewegen sich beide nur auf einem Kontinuum? (Vgl. hierzu KENDELL 1968). Die einen gliedern in kraepelinscher Tradition alle Manien und endogenen Depressionen in eine große, "manisch-depressives Kranksein" genannte Gruppe. Andere folgen einer von ANGST (1966) und PERRIS (1966) vorgeschlagenen Zweiteilung, die bipolare Psychosen und monopolare

Manien zusammenfaßt sowie monopolare Depressionen und Involutionsdepressionen. Diese beiden Gruppen können u.a. durch Unterschiede im Erkrankungsrisiko der Verwandten, der Geschlechtsverteilung, der Zahl und Dauer der Phasen sowie der prämorbiden Persönlichkeit getrennt werden." (Literaturangaben siehe beim Autor)

Nicht zu übersehen sind jedoch die Versuche, der Konfusion in Terminologie und Klassifikation Einhalt zu gebieten und die Widersprüchlichkeiten der Nosologie zu überwinden, um so zu einer größeren Reliabilität psychiatrischer Diagnosen zu gelangen. MOMBOUR (1973,89) nennt folgende Möglichkeiten, die diesem Ziel dienen:

"1. Die Verwendung einer internationalen Klassifikation der psychiatrischen Störungen, die für alle verbindlich ist.
2. Die Schaffung eines Kommentars zu einer solchen internationalen Klassifikation, der eine möglichst genaue Definition und Abgrenzung der psychiatrischen Krankheitsbegriffe gibt, die dafür erforderlichen Merkmale eindeutig beschreibt und Anweisungen gibt, wie z.B. bei Mehrfachdiagnosen zu verfahren ist.
3. Eine Standardisierung der psychiatrischen Befund- und Anamneseerhebung, etwa durch Verwendung von Schätzskalen und Durchführung von standardisierten Interviews.
4. Zusammenfassung und Auswertung der erhobenen psychiatrischen Daten aufgrund standardisierter Verfahren (Computer-Psychiatrie).
5. Vereinheitlichung in der Ausbildung und Schulung von Psychiatern durch Austausch von Ärzten und durch gemeinsame Diagnosestellung anhand von Krankengeschichten oder gefilmten Interviews u.a.m. sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene."

Aus den zahlreichen, in den verschiedenen Ländern gebräuchlichen psychiatrischen Diagnoseschemata wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der der Psychiatrie gewidmete Teil der "Internationale(n) Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen" ("International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death" - ICD) erarbeitet. (STATISTISCHES BUNDESAMT 1971). Auch die Notwendigkeit, die durch die Krankheitsnamen bezeichneten Störungen zu beschreiben und voneinander abzugrenzen, wurde erkannt. So entstanden zum psychiatrischen Teil der ICD mehrere Kommentare, von denen ein englischer (General Register Office 1968), ein

amerikanischer (DSM II) (American Psychiatric Association 1968) und ein internationaler der WHO (deutsche Ausgabe: DEGKWITZ et al. 1973) die größte Verbreitung fanden. Doch existiert eine international verbindliche Definition psychiatrischer Fachbegriffe (wie etwa "Wahn", "Ideenflucht" etc.) zur Zeit noch nicht; für den deutschen Sprachraum hat SCHARFETTER (1972) die psychopathologischen Begriffe, die im AMP-Bogen der "Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie" (ANGST et al. 1969) verwendet wurden, zu definieren versucht. Eine Quantifizierung der psychiatrischen Befunddaten wurde durch die Verwendung von Schätzskalen zum psychopathologischen Befund und zur Anamnese angestrebt. Mit Hilfe solcher Schätzskalen ist es möglich, Vorhandensein und Ausprägungsgrad bestimmter psychopathologischer Merkmale abgestuft in Form von Punktwerten (Scores) anzugeben. Häufig benutzte Schätzskalen sind: die "Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale" (IMPS) von LORR et al. (1962), die "Wittenborn Psychiatric Rating Scales" (WITTENBORN 1955), die "Brief Psychiatric Rating Scale" (BPRS) von OVERALL und GORHAM (1962) sowie das von einer deutsch-schweizerisch-österreichischen Psychiatergruppe entwickelte "Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation" (AMP) (ANGST et al. 1969). Eine standardisierte Zusammenfassung und Auswertung der erhobenen Daten ist durch die Anwendung formalisierter Regeln, sogenannter "Algorithmen" und statistischer Verfahren sowie durch den Einsatz datenverarbeitender Maschinen (GROSS 1969) gewährleistet (cf. MOMBOUR 1973, 89 ff.).

1.3 Der diagnostische Prozeß in der Psychiatrie

Neben den Unterschieden in den nosologischen Systemen hatte MOMBOUR (1973,85) die "Inkonsequenzen bei der diagnostischen Zuordnung eines individuellen Krankheitsfalles zu einem solchen System" für die mangelhafte Reliabilität der psychiatrischen Diagnosen verantwortlich gemacht. Um abzuklären, wo die Wurzeln für diese "Inkonsequenzen" zu suchen sind, ist es zweckmäßig, den diagnostischen Prozeß in der Psychiatrie selbst zum Gegenstand der Betrachtung zu machen.
Der Prozeß der systematischen Beobachtung, Aufzeichnung und Klassifikation von Daten, dessen jede wissenschaftliche Disziplin bedarf, heißt in der Medizin Diagnostik, sein Resultat Diagnose; eine "Diagnose" ist somit die "Subsumption eines Krankheits- oder Symptombildes eines Patienten unter das taxonomisch geordnete medizinische Wissenssystem" (ROTHSCHUH 1965). In der Diagnose liegt das Ergebnis der Zuordnung von krankhaften Normabweichungen zu Krankheitsbegriffen und damit ihre Einordnung als "ein Fall von ..." in ein nosologisches System vor (cf. MAINZER 1925; von ZERSSEN 1973,1937).

"Dies ist mehr als eine bloße Chiffrierung individueller Krankheitserscheinungen, die eine Verständigung über komplexe medizinische Tatbestände erleichtern soll; vielmehr beinhaltet die Diagnose (...) gegenüber einer abgekürzten Kennzeichnung der vom Arzt erhobenen Angaben und Befunde (...) einen Erkenntnisgewinn; denn sie besagt, daß auf den vorliegenden Fall mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch solche Merkmale der diagnostizierten Erkrankung zutreffen, die bei der Untersuchung nicht festgestellt wurden und womöglich prinzipiell noch gar nicht feststellbar waren." (v. ZERSSEN 1973,137)

Mit der Diagnose wird dem Patienten der Krankenstatus verliehen, der ganz bestimmten sozialen Normen unterworfen ist; er bringt für den Patienten relativ klar definierte Pflichten mit sich, billigt ihm dafür aber entsprechende Rechte zu (PARSONS 1951,436).

Nur in wenigen Fällen kann die Diagnose direkt aus einem Befund abgeleitet werden, nämlich dann, wenn das pathologisch-anatomische Substrat, das für die Beschwerden verantwortlich ist, der Beobachtung zugänglich gemacht werden kann; die beobachteten Erscheinungen können dann als pathognomisch, d.h. als beweisend für die Diagnose gelten. In der Mehrzahl der Fälle läßt sich auf das Vorliegen einer bestimmten Diagnose jedoch nur indirekt und mit wechselnd hohem Sicherheitsgrad schließen. Ausgangspunkt sind hier einzelne "Symptome", die, jedes für sich oder in Verbindung mit anderen als "Syndrome", auf ein Krankheitsbild hinweisen und es wahrscheinlich machen. In der Terminologie der Allgemeinen Zeichentheorie (MORRIS 1938) sind sie "Zeichen", die auf ein verborgenes Objekt, das "Bezeichnete" hindeuten; für den "Bezeichner", d.h. denjenigen, der die Zeichenrelation setzt bzw. erkennt, haben sie den Charakter eines "Signals", für sich genommen, als Ausdruck des "Bezeichneten", den eines "Symptoms". Aus dem Mosaik der Zeichen formt sich allmählich das Krankheitsbild als Einheit, die Krankheitsentität.

"Wir sprechen nunmehr ausdrücklich von "S y m p t o m e n". Was heißt "Symptom"? M e d i z i n i s c h heißt das: Anzeichen einer Krankheit, faßbarer Hinweis auf eine Krankheit. Erfahrungs-

gemäß findet man bei der oder jener Krankheit dies oder jenes Anzeichen. Andersherum gesehen: aus dem Anzeichen kann man erfahrungsgemäß auf eine bestimmte Krankheit schließen. So ist es auch auf Teilgebieten der Psychiatrie, bei den körperlich begründbaren Psychosen. Aus dem Vorhandensein einer Demenz schließt man auf einen Hirnprozeß. Sie ist "Symptom" eines solchen. Aus dem Vorliegen eines Delirs schließt man auf eine akute (oder episodisch im Rahmen einer chronischen Erkrankung auftretende) unmittelbare oder mittelbare "Gehirnkrise". (SCHNEIDER 1971,131)

Der Grad der Objektivität der Untersuchungsmethoden, durch die die Symptome gewonnen werden, ist in den einzelnen medizinischen Disziplinen unterschiedlich hoch. Während dem Diagnostiker der vorwiegend somatisch orientierten Fachgebiete neben der Anamnese die körperliche Untersuchung und vor allem ein ganzes Spektrum laborchemisch und apparativ gewonnener Befunde, deren Objektivität mit naturwissenschaftlichen Methoden exakt nachweisbar ist, zur Verfügung stehen, kann sich der Psychiater häufig nur auf das ärztliche Gespräch als Informationsquelle stützen. Je höher der Grad der Objektivität der verwendeten Untersuchungsmethoden, um so größer ist die Sicherheit, mit der auf bestimmte Diagnosen geschlossen werden kann.

Diese Sicherheit kommt dann in präzisen und einheitlich verwendeten diagnostischen Termini zum Ausdruck, die nach Möglichkeit das pathologisch-anatomische Substrat (z.B. Colitis ulcerosa) oder die Ursache der Erkrankung (z.B. Meningokokkenmeningitis) enthalten. Gelingt es nur, das äußere Erscheinungsbild zu fassen, haben die Diagnosen meist deskriptiven Charakter (z.B. Epilepsie), doch läßt sich auch hier eine recht gute Übereinstimmung erzielen. Steht dem Diagnostiker jedoch nur das ärztliche Gespräch als Quelle der Information zur Verfügung, weil laborchemische und apparativ gewonnene Befunde kein pathologisches Äquivalent zu den vorgebrachten Beschwerden

ergeben, findet sich eine erhebliche Variationsbreite der Begriffe, was L. v. FERBER (1975,90) unter anderem für den Bereich der "vegetativen Dystonie" gezeigt hat.

In der Psychiatrie sind dem Diagnostiker - sofern er es nicht mit psychischen Störungen zu tun hat, die sich ursächlich auf ein körperliches Grundleiden zurückführen lassen wie etwa die körperlich begründbaren Psychosen - im allgemeinen nur folgende drei Möglichkeiten der Information gegeben:

1. eine genaue Beobachtung des Verhaltens eines Patienten;
2. das ärztliche Gespräch, das in zwei Abschnitte zerfällt:
   a) die mehr faktenorientierte Anamnese, der es um biographische und insbesondere krankheitsrelevante Daten geht;
   b) die Exploration als Suche nach möglichen pathologischen Verhaltensweisen oder Eigenschaften, die gezielt erfragt oder auch provoziert werden, um so einer direkten Beobachtung zugänglich zu werden;
3. einfachere psychodiagnostische Tests zur Messung von Intelligenz, Merkfähigkeit u.a.

Die Tatsache, daß der Psychiater vielfach gleichsam "sein eigenes Beobachtungsinstrument ist und wesentliche Informationen über den Patienten aus seinen subjektiven Eindrücken gewinnt" (REDLICH 1976,321), läßt es verständlich werden, daß die psychiatrische Diagnose nie eine den somatisch-medizinischen Disziplinen vergleichbare Reliabilität erreichen wird.

Der diagnostische Prozeß ist ebenso wie die therapeutische Praxis ein Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation. Die Kommunikation besteht in der Übermittlung von Informationen und in der Verrichtung gezielter Tätigkeiten; die Informationsübermittlung kann sich dabei auf verbaler und auf nonverbaler Ebene vollziehen. Nach der allgemeinen Informationstheorie sind Sender (Sprecher) und Empfänger (Hörer) durch eine Botschaft (Mitteilung) verbunden; die Botschaft bedeutet für den Empfänger einen Informationszuwachs. Dabei wird die Botschaft über einen "Kanal" in Form codierter Zeichen übertragen; das setzt den Vorgang des Codierens durch den Sender und den des Decodierens durch den Empfänger voraus. Selbstverständlich kann der Empfänger die Botschaft nur dann aufnehmen, wenn er in der Lage ist, den Code zu "verstehen", d.h. zu entschlüsseln. Grundsätzlich spielt es dabei keine Rolle, ob es sich um sprachliche Signale oder um unsprachliche Zeichen wie Gesten, Haltungen oder sonstige Äußerungsformen handelt.
Angesichts der Knappheit an objektiven Daten ist die Informationsübermittlung zwischen Patient und Arzt im psychiatrischen Diagnoseprozeß von eminenter Wichtigkeit: "Der Psychiater soll sich ständig darum bemühen, Kommunikationen herzustellen, zu erleichtern und zu erhalten. Dazu bedarf es aber auf der anderen Seite, beim Patienten, der Bereitschaft und der Fähigkeit, in eine solche Wechselbeziehung einzutreten. Diese Voraussetzungen sind bei psychisch Kranken zunächst oft nicht vorhanden." (HARFLINGER 1975,169)

Damit ist gleichzeitig die zentrale Problematik der Informationsübermittlung zwischen Psychiater und psychisch Kranken gekennzeichnet: die Störanfälligkeit der Kommunikation, Störungen können grundsätzlich an jeder Stelle der Kommunikationskette auftreten: bei der Codierung bzw. der Wahl des Codes, bei der Informationsübertragung und bei der Decodierung. "Hat der Psychiater z.B. mit Wahnkranken zu tun, so trifft er dabei auf Menschen, die gleichsam eine andere Sprache sprechen. Ihr Code entspricht nicht den geläufigen Regeln." Für den Bereich der psychoanalytischen Behandlung hat BALINT (1973,114) auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die sich aus den Sprachdifferenzen des Analytikers und des regredierten Patienten ergeben. Wie wichtig andererseits die Verständigung im ärztlichen Gespräch ist, hebt SCHARFETTER (1976,4) hervor: "Glückt das Gespräch, so treten viele sogenannte psychopathologische Symptome zurück - und sie kommen wieder, sobald der betreffende Mensch alleingelassen ist oder in einer ungesunden, d.h. vor allem isolierten oder ausweglos zwiespältigen Umgebung leben muß." Die Störung der sprachlichen Kommunikation besteht also darin, daß es dem Patienten aufgrund seiner Erkrankung nicht gelingt, die Sprachzeichen so zu wählen, daß der Arzt sie entschlüsseln kann. Doch kann es nach HARFLINGER (1975,169) gleichwohl zu einer nicht-sprachlichen Kommunikation kommen; bei dem "sehr feinen Gespür (der Psychotiker) für emotionale, affektive Untertöne in den Äußerungen der Bezugspersonen" sei häufig eine gute Verständigung "durch den Wahn hindurch" möglich.

Neben diese psychiatrie-spezifische Störung der Kommunikation können andere unspezifische Behinderungen der Informationsübermittlung zwischen Arzt und Patient treten. Wenn man einmal von äußeren Faktoren wie etwa Zeitdruck des Arztes absieht, sind es vor allem Unterschiede im Sprachverhalten zwischen Arzt und Patient, die ein ausreichendes Verstehen beeinträchtigen können. L. v. FERBER (1973,1975) hat wiederholt auf die große Bedeutung der Sprache für das Arzt-Patient-Verhältnis und für viele Bereiche ärztlicher Tätigkeit hingewiesen und die Einführung sprachsoziologischer Methoden in die medizin-soziologische Forschung gefordert. Hierzu ist es hilfreich, einige Erkenntnisse aus der Sprachsoziologie oder Soziolinguistik zu referieren, zwei wissenschaftliche Disziplinen, die sich nur durch die Richtung ihrer Fragestellung entsprechend ihrer Herkunft aus der Soziologie bzw. aus der Linguistik, nicht aber durch den Gegenstand ihrer Forschung unterscheiden, nämlich die Beziehungen zwischen Sprache und Gesellschaft. Schon HUMBOLDT (1903,14) hat die konstituierende Rolle der Sprache beim Aufbau der menschlichen "Weltansicht" hervorgehoben: Sprache bildet nicht so sehr eine unabhängig von ihr bestehende Welt ab, sondern sie bildet Welt. DURKHEIM (1918) schlug vor, Sprache als soziales System, d.h. als eine der in der Gesellschaft verbreiteten Tatsachen zu sehen, die eine eigene, von der individuellen Manifestation unabhängige Existenz besitzen und auf das Individuum "une contrainte extérieure" ausüben, eine Auffassung, die ihre Parallele in den bahnbrechenden Arbeiten von F. de SAUSSURE (1916) hatte.

Anhand von ethnologischen Forschungen bei verschiedenen Indianerstämmen konnten SAPIR (1921) und WHORF (1963) zeigen, wie sprachliche Strukturgesetze das Denken formen, wie also verschiedene Sprachsysteme zwangsläufig zu verschiedenen Denksystemen führen müssen.

"Man fand, daß das linguistische System (mit anderen Worten, die Grammatik) jeder Sprache nicht nur ein reproduktives Instrument zum Ausdruck von Gedanken ist, sondern vielmehr selbst die Gedanken formt, Schema und Anleitung für die geistige Aktivität des Individuums ist, für die Analyse seiner Eindrücke und für die Synthese dessen, was ihm an Vorstellungen zur Verfügung steht. Die Formulierung der Gedanken ist kein unabhängiger Vorgang, der im alten Sinne dieses Wortes rational ist, sondern er ist beeinflußt von der jeweiligen Grammatik." (WHORF 1963 12f.)

Doch erst in den sechziger Jahren wurde im Rahmen einer eigenständigen Teildisziplin "Soziolinguistik" der Versuch gemacht, systematisch sprachwissenschaftliche und soziologische Daten miteinander zu korrelieren. Von den inzwischen zahlreichen und sich rasch vermehrenden Arbeiten und Ergebnissen der Soziolinguistik verdienen die empirischen Untersuchungen von BERNSTEIN (1966) besondere Beachtung. BERNSTEIN stellte fest, daß zwischen dem Sprachgebrauch von Angehörigen der sozialen Unterschicht und demjenigen von Angehörigen der Mittelschicht erhebliche Unterschiede bestanden, die er als Folge einer unterschiedlichen Sprachsozialisation in den beiden Schichten deutete. Idealtypisch konnte er zwei Formen des Sprachverhaltens unterscheiden, denen zwei Codetypen zugeordnet waren:

1. den "restricted code" der Unterschicht, der stark ritualisiert ist und sich durch kurze, grammatisch einfache und oft unvollständige Satzkonstruktionen auszeichnet und häufig durch extraverbale Ausdrucksweisen wie Gesten und Mimik ergänzt wird;
2. den "elaborated code" der Mittelschicht, der demgegenüber grammatisch komplexere Satzkonstruktionen und differenziertere verbale Ausdrucksformen aufweist.

Diese in England gewonnenen Erkenntnisse lassen sich mit einigen unwesentlichen Einschränkungen auch auf den deutschen Sprachraum anwenden, wie die Arbeiten von OEVERMANN (1972) über die gleiche Thematik zeigen konnten.

Andere soziolinguistische Arbeiten befaßten sich mit dem Phänomen der Existenz mehrerer Sprachen nebeneinander in Abhängigkeit von ethnischen, sozialen und kulturellen Daten, z.B. mit der Analyse von Sprachdifferenzen in den USA, die auf unterschiedliche Nationen und Rassen zurückzuführen sind (FISHMAN 1975, FERGUSON 1959,325) oder mit der Untersuchung eng umgrenzter Sprachgemeinschaften wie Stadtsprachen (LABOW 1966; eine Zusammenstellung soziolinguistischer Arbeiten findet sich bei SCHIEBEN-LANGE 1973). Während sprachliche Varianten im Hinblick auf ihre regionale Verteilung mit dem Begriff "Dialekt" bezeichnet werden, fand man für die Beziehung zwischen sprachlichen Varianten und soziologischen Variablen analog den Begriff "Soziolekt" oder - als Synonym - "Sozialdialekt" (STEINIG 1976). Nach HEIKE (1969,78) ist

der Soziolekt der "für eine Gruppe von Individuen einer Sprachgemeinschaft charakteristische Gebrauch des überindividuellen Sprachsystems". Eine Anwendung dieser soziolinguistischen Erkenntnisse auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient nimmt L. v. FERBER (1975,87) vor, wenn sie feststellt, daß "Ärzte und Laien, obwohl sie zwei deutlich unterschiedenen Sozialkategorien angehören und dadurch in Sozialstatus und Sozialverhalten distanziert sind, miteinander kommunizieren müssen, ihre Sozialdialektunterschiede aber einen erheblichen Einfluß auf den Verlauf der Kommunikation haben". Dies gilt insbesondere für das Verhältnis des Arztes zu Patienten der Unterschicht, die nach Berechnungen von SCHEUCH und DAHEIM (1968) immerhin 56 % der Gesamtpatientenzahl ausmachen, während der Arzt als Angehöriger der Oberschicht bzw. der oberen Mittelschicht (je nach Schichtmodell) einer Gruppe zugehört, die sich aus 2,5 % der Bevölkerung der BRD zusammensetzt. Das von BERNSTEIN und OEVERMANN untersuchte schichtenspezifische Sprachverhalten konnte v. FERBER (1975,89) für den Bereich der ärztlichen Sprechstunde demonstrieren. Eine Analyse von Tonbandaufzeichnungen einer Sprechstunde erbrachte, daß die Länge der Rede des Patienten, gemessen an der Gesamtzahl der in einer Sprechstundeneinheit von Arzt und Patient gesprochenen Worte, in starkem Maße mit seiner schichtenspezifischen Zugehörigkeit korrelierte: Angestellte sprachen im Durchschnitt länger als Arbeiter - was das Ergebnis einer soziolinguistischen Studie von LABOW (1973) bestätigt, derzufolge sich Angehörige der Mittelschicht wesentlich wortreicher zu äußern pflegen als Angehörige der Unterschicht.

Man kann also davon ausgehen, daß die große soziale Distanz zwischen dem Arzt und den meisten seiner Patienten allein schon durch die Verwendung verschiedener sprachlicher "Codes" eine Behinderung der Kommunikation darstellt, die dahin führt, daß Arzt und Patient sich nicht in optimaler Weise verstehen können. Am stärksten betroffen sind folglich Patienten der untersten sozialen Schichten. So hat beispielsweise ENGELHARDT (1971) darauf hingewiesen, daß sich die Behandlung eines Privatpatienten ja nicht durch eine bessere diagnostische und apparative Versorgung von der des Kassenpatienten unterscheidet, wohl aber durch die Möglichkeit einer größeren Einflußnahme; diese größere Einflußnahme hat er nicht zuletzt deshalb, weil er dem Arzt in seinem Sozialstatus näher ist, den gleichen Sozialdialekt spricht und weil auf diese Weise die soziale Distanz zwischen den beiden Partnern geringer ist, so daß der Arzt ihn besser versteht. GLEISS et al. (1973,105ff.) heben hervor, daß die Chance, eine psychotherapeutische Behandlung zu erhalten, für Patienten der Unterschicht wesentlich geringer ist als für Patienten der Mittelschicht, obwohl sie, wie Untersuchungen zeigten, häufiger an psychischen Störungen erkranken. Als Ursache für diesen Widerspruch wird, abgesehen von der unterschiedlichen Einkommenshöhe beider Patientengruppen, häufig die "schlechte Therapierbarkeit" von Unterschichtpatienten angeführt. Eine Analyse dieses Phänomens, die die Differenz in der sprachlichen Sozialisation berücksichtigt, würde verdeutlichen, daß viele therapeutische Verfahren ausschließlich auf den Sprachgebrauch von Mittelschichtpatienten zugeschnitten sind (GLEISS et al. 1973,171). Aufschlußreich ist die Bemerkung

BERNSTEINs (1970,84), "daß Mitglieder der unteren Arbeiterschicht nicht über die für eine psychotherapeutische Beziehung notwendige Sensibilität und Kommunikationsform verfügen, und zwar nicht kraft angeborener Intelligenzmängel, sondern aufgrund eines kulturell induzierten Systems der Sprechweise, dessen Bedeutungs- und Signifikanzumfang dem Patienten aus der unteren Arbeiterschicht in der therapeutischen Beziehung keine Orientierung ermöglicht". Für den Bereich der Vereinigten Staaten haben KOOS (1954,54) und andere Autoren wiederholt auf den Mittelschichtcharakter medizinischer Einrichtungen aufmerksam gemacht, der gerade in ihrer Ineffiziens gegenüber den ärmeren und farbigen Bevölkerungsanteilen zum Ausdruck kommt.

WULFF (1972,275), der die Bedeutung der BERNSTEINschen Theorie des soziolinguistischen Codes für die Praxis der Psychiatrie erörtert, glaubt, daß der Psychiater durch spezifische Krankheitsprozesse hervorgerufene Verzerrungen der Sprache und des Denkens erst dann richtig werten könne, wenn er sich darüber klar sei, ob die "pathologische Sprachform die individuellen, lebensgeschichtlichen Eigenarten des Sprechers, die Charakteristiken seiner Klassenzugehörigkeit oder die Charakteristiken seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kultur und Sprachgemeinschaft außer Kraft setzen".

Es leuchtet ein, daß eine durch die soziale Distanz bedingte Behinderung der Verständigung zwischen Arzt und Patient ihre Rückwirkung auf die Diagnose und im besonderen auf die psychiatrische Diagnose hat; ist

doch aus der Sozialpsychologie bekannt, daß die Validität eines Urteils im allgemeinen um so besser ausfällt, je geringer die soziale Distanz zwischen dem Beurteiler und dem Beurteilten ist. HOFSTÄTTER (1966,378) beschreibt an einem bekannten Beispiel, wie schon die Differenzierungsschärfe der optischen Wahrnehmung dem Einflußfaktor "soziale Distanz" unterliegt:

"Wer zum ersten Mal nach Japan kommt, meint zunächst, daß alle Japaner gleich aussehen. Erst wenn er eine Weile unter ihnen lebt, erkennt er, wie falsch dieser Eindruck war. Die Ähnlichkeit zwischen Beurteiler und Beurteiltem ist eine der wesentlichsten Determinanten der Validität psychologischer Diagnosen."

Wenn nun die Validität psychiatrischer Diagnosen schon durch die oben erwähnten krankheitsspezifisch bedingten Störungen der Arzt-Patient-Kommunikation belastet ist, wird sie im Falle von Patienten der Unterschicht zusätzlich durch die Sprachbarrieren, die sich aus der sozialen Distanz ergeben, gemindert. So betrachtet wäre es um die Diagnose bei Unterschichtpatienten zwar schlecht bestellt - warum aber wird dann so häufig eine Schizophrenie diagnostiziert?
Eine mögliche Erklärung liegt vielleicht darin, daß die klassische Psychopathologie im Gefolge von JASPERS (1913) mit den endogenen Psychosen immer das "prinzipiell Uneinfühlbare", das "Unableitbare" und damit das letztlich Nichtverstehbare verbunden hat, so daß im Falle fehlgeschlagener diagnostischer Kommunikation die Unverständlichkeit der Äußerungen des Patienten für den Arzt zu der Diagnose "Schizophrenie" geführt hätte, die aber den tatsächlichen

psychopathologischen Gegebenheiten gar nicht entsprach. Doch muß dieser Erklärungsversuch zunächst eine Vermutung bleiben, da sich Beweise hierfür schwerlich beibringen lassen. Demgegenüber dürften sich genauere Hinweise aus einer Analyse des Prozesses selbst ergeben, der zu der Diagnose "Schizophrenie" führt. Bevor dies in Angriff genommen wird, soll noch auf eine wichtige Konsequenz sozialer Distanz hingewiesen werden:
daß die Einstellung (Attitüde), die eine Person einer anderen gegenüber hat, abhängig ist von der Kenntnis über sie; die Kenntnis ist aber ihrerseits eine Funktion der sozialen Distanz.
In der Sozialpsychologie wird unter einer Attitüde in der Regel die "Bereitschaft zu Verhaltensweisen" (PETERSON 1916) verstanden. Bei ALLPORT (1935,810) findet sich folgende Definition:

"An attitude is a mental and neural state of readiness, organized through experience, exerting a directive or dynamic influence upon the individual's responses to all objects and situations with which it is related."

Doch läßt die unübersehbare Anzahl von Definitionen des Attitüden-Begriffes erkennen, wie gering der Konsensus in der Diskussion um das Attitüdenkonzept ist. STUMME (1972,24f.) hat den Versuch unternommen, "soziale Vorurteile" von "Attitüden" abzugrenzen, wobei er fand, daß im Gegensatz zur "Attitüde", der sowohl negative wie positive Einstellungen gegenüber einem Objekt subsumiert werden können, bei sozialen Vorurteilen üblicherweise negative Attitüden gemeint sind:

"Vorurteile sind negative oder ablehnende Einstellungen einem Menschen oder einer Menschengruppe gegenüber, wobei dieser Gruppe infolge stereotyper Vorstellungen bestimmte Eigenschaften von vornherein zugeschrieben werden, die sich aufgrund von Starrheit und gefühlsmäßiger Ladung, selbst bei widersprechender Erfahrung, schwer korrigieren lassen." (DAVIS 1964,53)

Nach Heintz (1958,305) ist die Benutzung von stereotypen Vorurteilen Ausdruck eines vorurteilsvollen Verhaltens, das "durch die Kombination folgender Verhaltensdispositionen gekennzeichnet ist:

1. Neigung zu stereotypisiertem Denken,
2. Feindseligkeit gegenüber der Fremdgruppe und
3. Bewunderung der durch die Eigengruppe repräsentierten Macht".

Wie diskriminierendes Verhalten gegenüber Minoritäten allgemein in der Existenz sozialer Vorurteile begründet ist, erklärt sich insbesondere auch die ablehnende Haltung der Bevölkerung gegenüber "Geisteskranken" aus den negativen Attitüden gegenüber dieser Minderheit. Von CUMMING und CUMMING (1957) stammt die bisher umfangreichste Studie zur Erforschung der Attitüden gegenüber Geisteskranken; weitere Untersuchungen zum gleichen Thema wurden in den folgenden Jahren in Großbritannien (CARSTAIRS und WING 1958; FOLKARD 1960) und Deutschland (JAECKEL und WIESER 1967; KESSEL 1968) mit ähnlichen Resultaten durchgeführt. Im allgemeinen lauteten die manifesten Vorurteile gegenüber Geisteskranken, sie seien "unberechenbar, impulsiv, unkontrolliert, gewalttätig, gefährlich, extrem irrational, unverantwortlich, relativ wertlos, schmutzig, gefühlskalt, unehrlich" etc. (REIMANN 1969).

CUMPTON et al. (1967) benutzten das auch in dieser Arbeit verwendete Semantische Differential, um die Neigung der Laien nachzuweisen, den "Geisteskranken" negative Attribute zuzuordnen. Eine Zusammenstellung der Arbeiten, die sich mit den Einstellungen gegenüber Geisteskranken befassen, findet sich bei STUMME (1972).
Für die Analyse des diagnostischen Prozesses stellt sich die Frage, ob dieser vor dem Einfluß derartiger Vorurteile geschützt ist oder ob die negativen Attitüden auf dem Wege einer gestörten Kommunikation durch mangelhaftes Verständnis bei großer sozialer Distanz unbemerkt Eingang in die Diagnostik finden können.

1.4 Eigenschaftsbegriffe in der psychiatrischen Diagnostik

Was macht nun - abgesehen von dem großen Übergewicht der subjektiven Untersuchungsmethoden gegenüber den objektiven - den besonderen Charakter psychiatrischen Diagnostizierens aus? Ein entscheidender Unterschied zwischen somatisch-medizinischer und psychiatrischer Diagnostik liegt darin, daß dem Psychiater mit der Beobachtung des Patientenverhaltens und dem klinischen Gespräch in der Regel gerade nicht schon "fertige" Symptome vorliegen, die sich zwangsläufig und folgerichtig zu einem Krankheitsbild zusammenfügen lassen. Nur in einigen wenigen Fällen liegen die Symptome auf der Hand, wie etwa bei manchen Formen der Wahnwahrnehmung; hier hat gewissermaßen die direkte Rede des Patienten den Wert eines Symptoms. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle müssen die Symptome erst gewonnen

werden. Dieser Vorgang der Symptomgewinnung läßt sich etwa folgendermaßen skizzieren:
Der Arzt hat es mit konkreten Verhaltensweisen und Äußerungen des Patienten zu tun, die in der gegebenen Form einer diagnostischen Klassifikation nicht zugänglich sind. Hierzu bedarf es eines Abstraktionsprozesses: Aus dem Gesamtverhalten des Patienten in der Untersuchungssituation mit seinen verbalen (Äußerungen über früheres Verhalten; Äußerungen über eigene Wahrnehmungen, Gefühle, Absichten und Deutungen der Umwelt und der eigenen Person) und non-verbalen Anteilen (Handlungen, Gesten, Stimmungen) versucht der Diagnostiker ein krankheitstypisches Verhalten herauszulesen, d.h. er abstrahiert von dem konkreten Verhalten, indem er alle "zufälligen" Ausprägungen vernachlässigt und die "typischen" Verhaltensmerkmale registriert. Was typisch ist, sagt ihm das Lehrbuch der Psychiatrie (bzw. der Psychopathologie) und die berufliche Erfahrung. Die "typischen" Verhaltensmuster haben somit den Rang von Symptomen, die in der Summation das Krankheitsbild ergeben. Welche Problematik in diesem Abstraktionsvorgang begründet liegt, soll Gegenstand der folgenden Ausführungen sein. Ihre Dokumentation finden die "typischen Verhaltensmuster" üblicherweise in der Anamnese und, in prägnanterer und zusammenfassenderer Form, in dem Absatz "Psychischer Befund" der psychiatrischen Krankengeschichten. Es stellt sich dem untersuchenden Arzt damit die Aufgabe, seine Eindrücke und Erkenntnisse in Worte zu fassen und zu diesem Zweck treffende und eindeutige Begriffe zu finden; er steht vor dem zentralen Problem jeder Psychodiagnostik - gleichgültig, ob im Rahmen der Psychologie oder der Medizin - ,

das Verhalten der untersuchten Person zu beschreiben und die Person auf diese Weise zu charakterisieren. "Einen Menschen charakterisieren heißt, ihn mit solchen Begriffen zu kennzeichnen, daß er für Dritte in seiner Eigenart wiedererkennbar wird." (GRAUMANN 1960,90) Diese Wiedererkennbarkeit für Dritte ist gerade angesichts der letztlich zum größten Teil subjektiven Eindrücke des Untersuchers eine unerläßliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Kooperation der Therapeuten. Im Rahmen einer systematischen Studie über die Grundlagen der Persönlichkeitspsychologie hat GRAUMANN (1960,90) versucht, die verschiedenen Modi der Persönlichkeitscharakterisierung, geordnet nach Abstraktionsstufen, zu erfassen:

1. der verbale Modus:

   Verhaltensprotokolle "beschränken sich darauf, das zu schildern, w a s geschieht, ohne festzustellen, w i e es geschieht. D.h. das Verhalten als solches wird genannt, nicht aber weiter qualifiziert. Lediglich die Situation, in der und woraufhin sich einer verhält, wird mitgenannt. Die Eigenart der geschilderten Person kommt (...) gleichwohl zum Ausdruck (...). Das, was einer tut, die "Thematik" seines Handelns, trägt bereits zu seiner Charakterisierung bei."

2. der adverbiale Modus:

   "Die zu Protokoll gebrachten Tätigkeiten sind die gleichen (...), nur ist jetzt das W i e des Vollzugs mit ausgesagt (...). Verlangte das Protokollieren auf verbaler Stufe nichts weiteres als gute Beobachtung und richtige Anwendung von Begriffen, so gehört zur qualifizierenden Verhaltensbeschreibung auf adverbialer Stufe die Komparation. Denn um entscheiden zu können, ob ein Verhalten als laut, rasch, umständlich zu kennzeichnen ist, muß eine Kenntnis des gleichen Verhaltens (anderer) unter vergleichbaren Umständen gegeben sein."

3. der adjektivische Modus:

   ist "eine weitere Stufe (...) insofern, als auf ihr auch noch vom Verhalten überhaupt abstrahiert wird, und dessen (adverbiale) Qualifikation (adjektivisch) dem zugesprochen wird, der als Subjekt der einzelnen Verhaltens-Prädikationen angesehen wird. Aus "adverbialen" Verhaltenszügen werden "adjektivische" Persönlichkeits- oder Charakter-Eigenschaften."

4. der substantivische Modus:

   hier "erfahren die Eigenschaften eine gewisse Verselbständigung", doch "schwindet der Unterschied zwischen adjektivischer und substantivischer Charakterisierung. Ob wir sagen: von Feigheit werden wir immer dann reden, wenn folgende Handlungsweisen gegeben sind, oder ob wir sagen: einer ist dann als feige zu bezeichnen, wenn er diese oder jene Verhaltensweise zeigt, entscheidend ist die in jedem Schritt mögliche und nachprüfbare Fundierung des (substantivischen oder adjektivischen) Eigenschaftsbegriffes in (verbal oder adverbial) umschriebenen Verhaltenszügen."

Mit Ausnahme des (nur selten verwendeten) substantivischen Modus werden alle genannten Modi der Personencharakterisierung üblicherweise in den Krankengeschichten psychiatrischer Patienten zu deren Kennzeichnung benutzt, wobei je nach stilistischer Eigenart des Verfassers der "Psychischen Befunde" mal dieser, mal jener Modus bevorzugt wird. Die Gründe für die Wahl des jeweiligen Modus werden dabei im allgemeinen nicht reflektiert. Indessen ist es in Anbetracht der Tatsache, daß durch die Änderung der grammatischen Konstruktion auch eine Änderung der semantischen Qualität vorgenommen wird, nicht gleichgültig, welcher Formulierung im einzelnen der Vorzug gegeben wird. Es erhebt sich somit die Frage, welcher der aufgeführten Modi für die Psychodiagnostik

am geeignetsten ist. GRAUMANN (1960) kommt zu dem Schluß, daß die Beschreibung auf der Verhaltensebene, also der verbale Modus, zu bevorzugen ist. Der unbestreitbare Vorteil dieser Methode ist der, daß sie dem konkreten Verhalten des Untersuchten am meisten verbunden bleibt und nicht verfälschenden Einflüssen des Abstraktionsprozesses auf die adverbiale oder adjektivische Ebene ausgesetzt ist.

Demgegenüber nennt KLAPPROTH (1972) als Nachteile:

1. daß die Beschreibung auf diese Weise unübersichtlich lang ausfallen würde;
2. daß zum anderen der Gutachtenempfänger die Verhaltensaussagen des Psychologen (bzw. des Arztes, Anm.d.Verf.) für sich doch in eine adjektivische Form übersetzen und mit Hilfe dieses Vehikels seiner alltagspsychologischen Persönlichkeitstheorie auf Verhalten des Begutachteten über das bereits beschriebene hinaus generalisieren (würde) (KLAPPROTH 1972,496).

Gerade auch der Psychiater ist gezwungen, die Abstraktion auf Verhaltenstypen oder Eigenschaften vorzunehmen, da er nur so die für die Diagnose benötigten Symptome gewinnen kann. Man kann wohl davon ausgehen, daß der psychiatrische Diagnostiker schon aus dieser Notwendigkeit heraus, wenn nicht explizit, so doch implizit jedes Verhalten des Patienten in Eigenschaftsbegriffe übersetzt und auf diese Weise der Klassifikation zugänglich macht.

Doch ist die Verwendung des adverbiellen und adjektivischen Modus in der Dokumentation des psychischen Befundes mindestens ebenso problematisch wie die des verbalen Modus:

1. Die Verwendung dieser Wortarten legt die Vermutung nahe, es könne sich bei dem beschriebenen Patienten um überdauernde Persönlichkeitsmerkmale handeln, obwohl durch die nur "Momentaufnahmen" geliefert werden können. Die psychodiagnostische Vorgehensweise, von beobachteten oder als beobachtet angenommenen Verhaltensmerkmalen direkt auf Eigenschaften der Persönlichkeit zu schließen und der damit verbundene statische Eigenschaftsbegriff wurde von der neueren Persönlichkeitspsychologie (HEISS 1942, GRAUMANN 1960, THOMAE 1966) als methodisch naiv kritisiert und unter Hinweis auf Fragen der Dynamik der Persönlichkeit und der Konstanz von Eigenschaften problematisiert.
2. Die größere Prägnanz der Eigenschaftsbegriffe wird erkauft durch die schon erwähnte Änderung der semantischen Qualität; es resultieren zwangsläufig Fehler der Beurteilung. Dadurch, daß dem subjektiven Ermessen des Untersuchers ein größerer Spielraum eingeräumt wird, kommt es zu einer Verstärkung der Fehlereffekte durch soziale Einflüsse verschiedener Art:

   1. Allgemeine soziale Einflüsse auf Messen und Urteil:

   1.1 Soziale Einflüsse durch die Untersuchungssituation ("Hawthorne-Effekt"): Die Untersuchungssituation kann die zu untersuchenden Merkmale so überlagern, daß diese schon in der Erhebungssituation verfälscht werden;

   1.2 soziale Einflüsse durch den Untersucher ("Rosenthal-Effekt"): der Untersuchungsprozeß beeinflußt das Ergebnis im Sinne der Untersuchungshypothesen.

2. Spezielle soziale Einflüsse, die bei der Beurteilung von Personen eine Rolle spielen:

2.1 die Tendenz zu Generalisierungen ("Halo-Effekt"): einzelne Eigenschaften werden nicht für sich, sondern nach dem ganzheitlichen (ersten) Eindruck beurteilt, den der Beurteilende von dem "guten" oder "schlechten" Charakter eines Menschen hat (THORNDIKE 1920); Gutachter pflegen demgemäß sympathische Probanden mit positiven, ihnen unsympathische mit negativen Eigenschaften "vollzupacken" (FLEMMING 1942);

2.2 die Tendenz, Mitmenschen und vor allem sich selbst in kulturell wünschenswerten Eigenschaften hoch, in unerwünschten Eigenschaften eher niedrig einzuschätzen ("Leniency-Effekt");

2.3 die "zentrale Tendenz": der Beobachter hat die Neigung, Verhalten seltener in seiner extremen Ausprägung einzustufen als in seiner mittleren Ausprägung; bei Skalen werden die mittleren Werte bevorzugt angekreuzt;

2.4 die Tendenz von Beurteilern, aus einem "Vorwissen" oder Vorurteil über die Zusammengehörigkeit bestimmter Eigenschaften auch das Zusammen-Vorkommen derselben zu "entdecken". "Man 'weiß' (...), daß hochgradig Ehrgeizige eher mißtrauisch als gutgläubig sind und schätzt den als ehrgeizig Diagnostizierten in der Dimension des Mißtrauens höher ein, als bei der völlig getrennten Einschätzung nach den beiden Variablen Ehrgeiz und Mißtrauen zu erwarten wäre." (GRAUMANN 1960,121)

2.5 die Tendenz von Beurteilern, aus dem Wissen um die Zugehörigkeit eines Probanden zu einer bestimmten Gruppe und aufgrund von Kenntnissen, Einstellungen oder Vorurteilen dieser Gruppe gegenüber auf das Vorhandensein derjenigen Eigenschaften bei dem Probanden zu schließen, die der Gruppe zugeschrieben werden.

Gerade die letztgenannte Fehlerquelle unterstreicht die wichtige Rolle, die Attitüden der Untersucher gegenüber den Untersuchten bei der Wahl von Eigenschaftsbegriffen zur Personenbeschreibung spielen können. Erinnert sei deshalb an die Arbeiten, die sich mit den Attitüden der Bevölkerung gegenüber Geisteskranken befassen. Unterscheidet sich der beurteilende Psychiater grundsätzlich in seinen Einstellungen gegenüber psychisch Kranken von der Mehrheit der Bevölkerung? Welchen Ausdruck findet die Attitüde des psychiatrischen Diagnostikers in den diagnostischen Begriffen? oder umgekehrt: Auf welche Attitüden des Diagnostikers lassen die diagnostischen Begriffe schließen? Eine Auseinandersetzung mit diesen Problemen erfordert eine Antwort auf die Frage: Beinhalten in der psychiatrischen Diagnostik verwendete Begriffe eine soziale Wertung? Damit ist die Thematik der vorliegenden Arbeit formuliert. Ihre Behandlung führt in den Bereich sprachwissenschaftlicher und sozialpsychologischer Bedeutungsanalyse des verwendeten Vokabulars.

Einer Überlegung wert ist auch die Frage, ob zur Beschreibung des Patientenverhaltens fachspezifische Begriffe oder solche, die auch in der Umgangssprache Verwendung finden, vorzuziehen sind. Da der psychische Befund des Krankenblattes eine "plastische Beschreibung aller Beobachtungen enthalten (soll), nicht nur der eindeutigen pathologischen Erscheinungen, sondern des gesamten Verhaltens" (SCHULTE/ TÖLLE 1975), wird von psychiatrischer Seite häufig die Umgangssprache bevorzugt:

"In der Verhaltensschilderung bediene man sich deshalb ohne Furcht vor unwissenschaftlicher Banalität lieber der gewohnten Alltagssprache und versuche möglichst genau auszudrücken, was man hört und sieht. Es ist anschaulich, wenn da steht: Der Kranke versteckte auf der Visite die Hand, die der Arzt ergreifen wollte, blitzschnell unter der Bettdecke und blickte mit gerunzelter Stirn an ihm vorbei. Als der Arzt jedoch das Zimmer verlassen wollte, kam ihm der Kranke einige Schritte mit ausgestreckter Hand nachgelaufen, um sich dann mit verschämtem Kichern auf den Fersen umzudrehen, auf den Boden zu spucken und sich dann wieder unter seine Bettdecke zurückzuziehen. Statt dessen könnte man natürlich auch sehr gelehrt die entsprechenden Fachausdrücke einsetzen und schreiben: Der Patient zeigt ein negativistisch-ambivalentes, puerilistisch-katatones Verhalten mit hebephrener Paramimie und Parakinese sowie Autismus."
(WEITBRECHT 1967,9)

Zugrunde liegt die Vorstellung, daß durch die Verwendung von Fachausdrücken der lebendige Patient zu einer leeren Abstraktion wird, "zu einem farblosen Fall, zu einem bloßen Begriff, zum Träger eines diagnostischen Etiketts" (REDLICH 1976,370).
Ein unbestreitbarer Vorteil der fachspezifischen Terminologie liegt in ihrer Exaktheit, zumal Wörter, die in der Umgangssprache der Beschreibung von Personen dienen, einen Unschärfebereich enthalten, der individuelle Besonderheiten in der Verwendung zuläßt; werden solche Wörter in die Wissenschaftssprache eingeführt, muß auch der - in der Umgangssprache durchaus erwünschte - Unschärfebereich in Kauf genommen werden (DIETRICH 1973,14). Doch lassen sich gegen die ausschließliche Verwendung fachspezifischer Begriffe neben dem schon genannten Nachteil folgende Einwände machen:

1. Die durch die Erhöhung der wissenschaftlichen Exaktheit hervorgerufene Distanz zwischen Umgangs- und Wissenschaftssprache kann Mißverständnisse provozieren (DIETRICH 1973,14);
2. die Fachausdrücke täuschen eine Exaktheit vor, zu der der Beobachtende aufgrund seiner Voraussetzungen möglicherweise gar nicht fähig gewesen sein kann;
3. Fachausdrücke implizieren diagnostische Aussagen, die eine unvoreingenommene Erfassung des Zustandsbildes durch den Leser stören (SCHULTE/TÖLLE 1975).

Die Umgangssprache erscheint also zweckmäßiger - jedoch nur so lange, wie sie auf der verbalen Ebene beschreibt. Wird die adverbiale oder die adjektivische Darstellungsweise gewählt, stellt sich das Problem des Einflusses sozialer Faktoren einschließlich der Attitüden gegenüber dem Untersuchten mit noch größerer Deutlichkeit als bei der Verwendung von fachspezifischen Begriffen. Gerade hierbei wird die Frage wichtig, ob in den Eigenschaftsbegriffen soziale Wertungen enthalten sind.

1.5 Diagnostik und Etikettieren

"Mit starken Worten disqualifiziert man Schirmer. Er habe keine moralischen und ethischen Werte. Woher soll er sie haben? Kann man einen Menschen moralisch disqualifizieren, wenn die Abnormität durch Krankheitsverlauf und Anstaltsleben bedingt sind? Schirmer wird als "klebrig", "dummdreist", "plumpzynisch" und von "alberner Phantasie" bezeichnet.

Dies sind keine medizinischen Ausdrücke, nicht fachgerecht, sondern wertende Moralbegriffe. Der Arzt kann sich in seinem Gutachten an das Gericht nicht der eigenen Aggressionen erwehren. Statt eine medizinische Beschreibung des Krankheitszustandes zu geben, gibt er in diesem Fall Moralurteile von sich. Der Vorgang stimmt nachdenklich."

In dieser Einzelfalldokumentation seines Buches "Die armen Irren", das, engagiert und zum Teil provokativ geschrieben, die Absicht verfolgt, die Unzulänglichkeiten psychiatrischer Institutionen zu kritisieren, markiert der Autor Ernst KLEE (1972,56) in überspitzter Form genau den Punkt, an dem die sogenannte "antipsychiatrische" Kritik ihren Ausgang nimmt: die psychiatrische Diagnostik werte, statt zu beschreiben, und etikettiere Personen mit Diagnosebezeichnungen, statt ihnen zu helfen. Wegen des engen systematischen Zusammenhangs mit der Thematik der vorliegenden Arbeit sollen einige Thesen antipsychiatrischer Exponenten hier in Kürze angedeutet werden; eine eingehendere Auseinandersetzung mit der in den Einzelheiten recht komplexen und diffusen Problematik kann hier nicht geleistet werden, doch sei auf die entsprechende Literatur verwiesen (GLATZEL 1975, HIPPIUS/LAUTER 1976).
Auf den abwertenden Charakter der psychiatrischen Terminologie haben DAVIDSON (1958) und MENNINGER (1965) hingewiesen. Menschen mit Verhaltensstörungen als "analen Charakter", "sadistisch", "kastrierend", "infantil", "psychopathisch" und "schizophren" zu bezeichnen, könne kaum dazu beitragen, ihren seelischen Zustand oder ihr gesellschaftliches Ansehen zu verbessern. - Im Gegenteil, eine ganze Familie könne durch das diagnostische Etikett in Mitleidenschaft gezogen werden.

HARTMANN (1970) gibt zu bedenken, daß die bei der Psychodiagnostik verwendeten Termini in der Umgangssprache vielfach als Schimpfwörter fungieren.
Hieraus leiten die "Antipsychiater" nun eine Reihe von Konsequenzen ab, die sich vereinfachend so zusammenfassen lassen:

1. Die herkömmlichen psychiatrischen diagnostischen Termini dienen lediglich dazu, Personen als "psychisch krank" zu etikettieren und somit sozial zu deklassieren; geholfen wird ihnen dadurch nicht, da es sich bei psychischen Störungen nicht um Krankheiten, sondern um Lebensschwierigkeiten handelt.

   "Psychiater befassen sich nicht mit geistig-seelischen Krankheiten und ihrer Behandlung. In der tatsächlichen Praxis beschäftigen sie sich mit persönlichen, sozialen und ethischen Lebensproblemen." (SZASZ 1973)

2. In Wirklichkeit gibt es keine Geisteskrankheiten, und die Überzeugung, eine endogene Psychose sei eine Krankheit im Sinne des medizinischen Sprachgebrauchs, ist eine Fiktion.

   "Ich möchte in diesem Kapitel darlegen, daß mit dem Begriff Geisteskrankheit heute hauptsächlich Probleme der persönlichen und sozialen Beziehungen verschleiert und wegdiskutiert werden sollen und daß der Begriff der Hexerei im ausgehenden Mittelalter genau dem gleichen Zweck gedient hat. (...) Gewöhnlich wird die Psychiatrie als ein medizinisches Spezialfach definiert, in dem es um Studium, Diagnose und Behandlung von Geisteskrankheiten geht. Diese Standortbestimmung ist irreführend und wertlos. Geisteskrankheit ist ein Mythos." (SZASZ 1973)

3. Die Ansprechbarkeit bestimmter psychischer Störungen auf Psychopharmaka läßt keine Rückschlüsse auf eine organische Verursachung zu, da nicht Krankheitstypen oder gar Krankheitsentitäten, sondern nur Symptome behandelt werden.
4. Die psychiatrische Untersuchung sei ein "Degradierungszeremoniell" (GARFINKEL 1956), der Prozeß psychiatrischen Klassifizierens ein sozialer Akt mit dem Ziel, Kontrolle und Herrschaft auszuüben (BASAGLIA 1971), die Wahl von Syntax und Vokabular "ein negativer politischer Akt" (LAING 1967).

   "In der Diagnose bedient sich der Psychiater (...) einer Macht und einer Fachsprache, die es ihm ermöglichen, das zu sanktionieren, was die Gesellschaft bereits vollzogen hat, nämlich den Ausschluß dessen, der sich an die Spielregeln des Systems nicht hält." (BASAGLIA 1971,152)

5. Psychiatrie dient der Gesellschaft dazu, unliebsame Personen zu neutralisieren, entsprechend ihrer historisch gewachsenen Aufgabe, Elemente der Unvernunft aus der Gesellschaft auszugrenzen (DÖRNER 1969).

   "Die Entstehung der Psychiatrie als moderner Wissenschaft ist auf dem Hintergrund einer Bewegung zu sehen, die im Laufe des 17. Jahrhunderts die soziale Landschaft Europas grundlegend veränderte. Der Aufstieg des Zeitalters der Vernunft, des Merkantilismus und des aufgeklärten Absolutismus vollzog sich in eins mit einer neuen Raumordnung, die alle Formen der Unvernunft, die im Mittelalter zu der einen göttlichen, in der Renaissance zur sich säkularisierenden Welt gehört hatten, demarkierte und jenseits der zivilen Verkehrs-, Sitten- und Arbeitswelt, kurz:

> der Vernunftwelt hinter Schloß und Riegel verschwinden ließ. Bettler und Vagabunden, Besitz-, Arbeits- und Berufslose, Verbrecher, politisch Auffällige und Häretiker, Dirnen, Wüstlinge, mit Lustseuchen Behaftete und Alkoholiker, Verrückte, Idioten und Sonderlinge, aber auch mißliebige Ehefrauen, entjungferte Töchter und ihr Vermögen verschwendende Söhne wurden auf diese Weise unschädlich und gleichsam unsichtbar gemacht." (DÖRNER 1969,27)

> "An einem bestimmten Punkt der fortschreitenden Arbeitsteilung (bei uns: der industriellen Revolution) leistet sich die Gesellschaft zur Perfektionierung und Professionalisierung dieses sozialen Kontextes die Institution der Psychiatrie. Sie setzt - als Wissenschaft - den Prozeß der sozialen Etikettierung durch die diagnostische fort. Die Diagnose verstärkt die Grundregelverletzung weiter, definiert und stabilisiert sie und ontologisiert sie schließlich zur Krankheit (...)." (DÖRNER 1972,10)

Neben den schon zitierten Autoren sind vor allem COOPER (1971), SCHEFF (1973), LAING (1970) und FOUDRAINE (1973) mit ähnlichen Vorstellungen an die Öffentlichkeit getreten. Da ihre Anschauungen von der Auffassung ausgehen, der Diagnoseprozeß sei im Grunde nichts anderes als ein Etikettierungsvorgang, werden sie vielfach abgekürzt als "Labeling-Theory" bezeichnet.
Die antipsychiatrische Kritik hat ihre Fundierung in soziologischen Theorien, die psychische Störungen als abweichendes Verhalten verstanden wissen wollen; wie Kriminalität, Prostitution und Selbstmord fallen sie damit unter den Begriff der Devianz:

> "We define deviant behaviour in terms of relationship of action to institutionalized expectations - that is, expectations which are shared and recognized as legitimate within a social system." (COHEN 1959,462)

Die Theorien abweichenden Verhaltens haben ihren Ursprung in dem Anomiebegriff DURKHEIMs (1967) aus dem Jahre 1893, der darunter den durch Arbeitsteilung und Spezialisierung hervorgerufenen Zustand wachsender sozialer Desintegration mit den Folgen des Verlustes sozialer Bindungen verstanden hatte - am ehesten übersetzbar mit "Normlosigkeit" oder "Regellosigkeit" (COHEN 1972). In der heutigen Soziologie lassen sich zur Erklärung abweichenden Verhaltens in erster Linie der "strukturelle" und der "prozessuale" Ansatz unterscheiden. Der strukturelle Ansatz basiert auf der sogenannten strukturell-funktionalistischen Theorie, als deren Hauptvertreter PARSONS (1951) und MERTON (1957) gelten. PARSONS versteht Integration und Anomie als die beiden Pole der Institutionalisierung, wobei die Institution - "ein Komplex institutionalisierter Rollenzusammenhänge, der von strategischer struktureller Bedeutung für das in Frage stehende System ist" (PARSONS 1951) - mit ihren gesellschaftlich verankerten Normen und Erwartungen das Verhalten des Einzelnen bestimmt; fehlen demgegenüber eindeutige Handlungsorientierungen, ist der Zustand der Anomie gegeben. Anomie bezeichnet damit einen Zustand der sozialen Struktur, der bei bestimmten Personen oder sozialen Gruppen abweichendes Verhalten hervorruft. Vor allem auch die Theorien von MERTON sind von großer Bedeutung für die Anwendung des strukturellen Ansatzes auf psychische Störungen gewesen.

Der in kritischer Abgrenzung zur strukturellen Position entstandene prozessuale Ansatz versteht abweichendes Verhalten in Anlehnung an den symbolischen Interaktionismus (MEAD 1934) als Prozeß von Interaktionszusammenhängen: einem auffälligen Verhalten komme nicht aus sich heraus eine bestimmte

soziale Bedeutung zu, diese gehe erst aus den gesellschaftlichen Interpretationsregeln hervor. Die Beurteilung eines Verhaltens als "abweichend" setzt also allgemein verbindliche Interpretationsschemata voraus, aufgrund derer eine Kategorisierung der Individuen möglich wird (BECKER 1963). Diese Kategorisierung wird für den Bereich psychischer Störungen durch den Etikettisierungsprozeß der "Labeling-Theory" vorgenommen; hiermit nimmt dieser Theorie zufolge die "Abweichungskarriere" ihren Ausgang, die, einmal begonnen, dann prozeßhaft und unaufhaltsam fortschreite (BECKER 1963, RIDDER 1974).
Am umfassendsten wird das Thema "Psychische Störungen als abweichendes Verhalten" von KEUPP (1972) behandelt, der folgende Thesen als Grundlage seiner Überlegungen anführt:

1. "Dem Verhalten kommt nicht über ihm inhärente Eigenschaften die Qualität abweichend zu, sondern es erhält sie in einem sozialen Etikettierungsprozeß (Hervorhebung im Text). Eine brauchbare Theorie abweichenden Verhaltens muß den Zusammenhang zwischen sozialen Bewertungssystemen und dem Bedeutungsgehalt von Handlungsweisen aufzeigen. (...) Es gilt der Erkenntnis Rechnung zu tragen, daß die Eigenschaften abweichenden Verhaltens nicht deskriptiv ermittelt werden können, sondern vielmehr in einem askriptiven Prozeß begründet werden."
2. "In der sozial-evaluativen Struktur des Definitionsprozesses von abweichendem Verhalten manifestiert sich die soziale Kontrolle. Wird Verhalten als abweichend definiert, so hat dies genau bestimmbare Konsequenzen für den Träger dieses Verhaltens. Er wird ganz bestimmten Kontrollmaßnahmen ausgesetzt sein. Somit leitet die Definition oder die Etikettierung einen Kontrollprozeß ein. (...) Abweichung und Kontrolle stehen also in einem Interdependenzverhältnis, und dieses muß in einer Theorie abweichenden Verhaltens herausgearbeitet werden."

3. "Die Normen, nach denen Handlungen als abweichend klassifiziert werden, sind Produkte der konkret-historischen Gesellschaftsverfassung." (KEUPP 1972,116)

Nun ist die antipsychiatrische Kritik und die Konzeption, psychische Störungen nicht als Krankheiten ("Medizinisches Modell"), sondern als abweichendes Verhalten ("Soziologisches Modell") aufzufassen, verständlicherweise nicht ohne Widerspruch von seiten der Schulpsychiatrie geblieben, der sich in einem breiten Spektrum von Stellungnahmen manifestierte, die von pauschaler Ablehnung bis zu differenzierter Auseinandersetzung reichten. Nach Ansicht von AUSUBEL (1972) würde ein Akzeptieren der Ansichten von SZASZ "das Rad der Geschichte in der Psychiatrie um 2.500 Jahre zurückdrehen":

"Der bedeutsamste und vielleicht einzige wirkliche Fortschritt der Menschheit in der Entwicklung einer vernünftigen und humanen Methode zur Behandlung von Abweichungen war die Tatsache, daß die dämonischen und rachsüchtigen Lehren über ihre Natur und Ätiologie, die noch vor verhältnismäßig kurzer Zeit ihre Blüten trieben, durch den Begriff der Krankheit ersetzt wurden." (AUSUBEL 1972,57)

Einwände gegen die Behauptung, psychotisches und speziell schizophrenes Verhalten entwickle sich vollständig nach dem Muster einer abweichenden Karriere, wie etwa derjenigen eines Taschendiebes oder eines Homosexuellen, erhebt GLATZEL (1975,104) in einer ausführlichen Auseinandersetzung mit den Positionen der Antipsychiatrie und Vertretern der Anwendung von Theorien abweichenden Verhaltens auf psychisch Kranke. Er glaubt, zeigen zu können - beispielsweise anhand

der Überlegung, daß dem Schizophrenen jener Akt der freiwilligen Willensentscheidung, der den Einstieg in das abweichende Verhalten bei einem Taschendieb ermöglicht, versagt bleibt - , daß keine Theorie abweichenden Verhaltens in der Lage gewesen ist, Schizophrensein als abweichendes Verhalten adäquat zu interpretieren. PETRONI und GRIFFIN (1969) führen zur Verteidigung des diagnostischen Zuordnens von Krankheitsbegriffen und Krankenrollen an:

1. daß dadurch der Patient aus seiner Verantwortlichkeit über seinen Zustand befreit würde; zu Recht weist v.ZERSSEN(1976,87) darauf hin, daß es eine logische Konsequenz der Forderungen von SZASZ wäre, wenn man einen Psychotiker in vollem Umfang für die Straftaten haftbar machen würde, die er im Zustand psychotisch bedingter "Unzurechnungsfähigkeit" begangen hat;
2. daß so sein abweichendes Verhalten legitimiert würde;
3. daß nur so dem Patienten die Bereitschaft geschaffen werden könnte, sich einer Therapie zu unterziehen.

ELLIS (1972) hat versucht, alle Vor- und Nachteile aufzulisten und gegenüberzustellen, die damit verbunden sind, daß eine Person als "psychisch krank" bezeichnet wird; er kommt zu dem Ergebnis, daß sich Vor- und Nachteile in etwa aufwiegen. Ohne den Begriff "psychische Krankheit" aufgeben zu wollen, glaubt ELLIS an die Möglichkeit, daß dieser von seinem wertenden Charakter befreit werden könnte, wenn

durch "gezielte öffentliche Aufklärung und behutsamen, sich jeder Wertung enthaltenden Umgang mit der Krankheitsdefinition durch Kliniker die negativen Stereotypen allmählich aufgelöst würden" (ELLIS 1972). Demgegenüber wird allerdings von den anderen Autoren wie SARBIN (1972) bestritten, daß eine operationale, aus dem Bewertungszusammenhang herausgenommene Verwendung des Begriffs "psychische Krankheit" überhaupt zu realisieren sei.
Vielfach wird das Problem, das in der Doppelfunktion der Psychiatrie als therapeutischer und kontrollierender Instanz, in der doppelten Verpflichtung gegenüber dem Kranken einerseits und der Gesellschaft mit ihrem Bedürfnis nach Sicherung der bestehenden Ordnungsverhältnisse andererseits liegt, von psychiatrischer Seite durchaus gesehen:

"Verleugnet man die erste, die helfende Funktion, kritisiert man die Psychiatrie folgerichtig als Institution der Gewalt (...), verleugnet man die zweite, die Ordnungsfunktion, verklärt man die psychiatrischen Einrichtungen ebenso folgerichtig wie falsch zu 'Krankenhäusern wie alle anderen auch'". (FINZEN 1976,14)

Doch wird die globale Kritik an der institutionalisierten Psychiatrie, wie sie von Vertretern der "Antipsychiatrie" vorgetragen und in der Öffentlichkeit verbreitet wurde, von der Mehrzahl der Psychiater mit wachsender Sorge betrachtet; v. ZERSSEN (1976,81) beklagt die negativen Auswirkungen dieser Kritik auf die Bereitschaft von Laien zur Kooperation auf dem Gebiet der psychiatrischen Krankenversorgung angesichts des Bildes, das "Antipsychiater" der Öffentlichkeit von "der" Psychiatrie

vermitteln. Daß Psychiatrie und Psychiater sich auf die "Anklagebank" der Öffentlichkeit gedrängt sehen, daß sie einer pauschalen und häufig jeder Sachkenntnis entbehrenden Flut von Anschuldigungen ausgesetzt sind, deutet HEINRICH (1976,56) als "aggressive Distanzierung vom psychisch Kranken" auf dem Wege über einen "gut funktionierenden Abwehrmechanismus".

Soweit die Kritik die unbefriedigenden Bedingungen betrifft, unter denen der größte Teil psychisch Kranker vor allem in unzureichend ausgebauten Landeskrankenhäusern zu leben hat, wird sie von den meisten Psychiatern geteilt, die ihrerseits auf die ungenügende finanzielle Unterstützung psychiatrischer Reformbestrebungen hinweisen (REBELL 1976, 128). Auf mehreren deutschen Ärztetagen, im "Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik" der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (1971) und nicht zuletzt in der Enquête über die "Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland", die im November 1975 von einer Sachverständigenkommission dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit vorgelegt wurde, sind die Mängel der psychiatrischen Versorgung ausdrücklich genannt worden.

Seiner Enttäuschung über die fehlende Bereitschaft der zuständigen Regierungsbehörden, die Forderungen der Enquête durch großzügige finanzielle Unterstützung einer Realisierung näherzubringen, gibt HEINRICH (1977,612) auf dem Deutschen Ärztetag in Saarbrücken Ausdruck:

"Es muß festgestellt werden, daß offenbar von seiten der damaligen und wohl auch der jetzigen Bundesregierung eine substantielle Hilfe nicht geplant ist. Die erschütternde Notlage vieler psychisch Kranker und geistig Behinderter macht auch unorthodoxe Finanzierungsmaßnahmen notwendig, bei denen sich die Bundesregierung über die dürre Feststellung der Zuständigkeit der Länder, Gemeinden, Träger und Verbände hinaus selbst zu beteiligen hätte. Die Regierungsäußerung bedeutet, daß wir uns noch lange Zeit mit Mißständen abfinden sollen, die offensichtlich nicht von der Psychiatrie, sondern von den verfaßten Organen der Gesellschaft zu verantworten sind."

Gleichgültig welche Stellungnahme man im einzelnen gegenüber den Forderungen der Antipsychiatrie bezieht und wie man die Relation von Nutzen und Schaden für die Psychiatrie einschätzt, sind doch folgende Einsichten als bleibendes Verdienst antipsychiatrischen Engagements festzuhalten:

1. daß sich psychiatrisches Diagnostizieren niemals im wertfreien Raum abspielt, sondern immer als Prozeß sozialer Interaktion ein Akt sozialen Handelns ist: "Diagnosen sind in ihrer Grundstruktur symbolische Ordnungsleistungen, die soziale Realität nicht nur abbilden, sondern sie zum Teil erst schaffen." (KEUPP 1974,33);
2. daß psychische Störungen als ein interpersonelles Geschehen zu begreifen sind und damit die gesamte soziale Situation, in der der Erkrankte sich befindet, zum Gegenstand der psychiatrischen Untersuchung zu machen ist;
3. daß die Aktivität des Psychiaters im diagnostischen und therapeutischen Prozeß selbst ein Bestandteil dieser Situation ist und einer entsprechenden Analyse bedarf (SIEGRIST 1974,78). Ansätze hierzu finden sich in der Konzeption einer Psychopathologie von GLATZEL (1975).

1.6 Die Bedeutung diagnostischer Eigenschaftsbegriffe

Die Ausführungen haben gezeigt, an welch zentralem Ort in der Diskussion um Wert und Berechtigung psychiatrischer Diagnosen die Frage steht, wie weit das diagnostische Vokabular soziale Wertungen enthält. Da sprachliche Elemente zum Gegenstand des Interesses werden, erscheint es zweckmäßig, die Auseinandersetzung mit der Problemstellung durch eine sprachanalytische Betrachtung einzuleiten.
Die Texte einer Krankengeschichte lassen sich in gleicher Weise wie die Arzt-Patient-Begegnung selbst in den Bezugsrahmen informationstheoretischer Überlegungen stellen. Sie stellen Botschaften dar, die der untersuchende Arzt (als Sender) einem Kollegen, der möglicherweise therapeutische Schritte unternimmt (als dem Empfänger), über den von ihm untersuchten Patienten mitteilen will. Der gemeinsame "Code" sind die schriftlich niedergelegten sprachlichen Äußerungen über den Patienten. Störungen der Informationsübermittlung entstehen dadurch, daß entweder der Sender falsch codiert, d.h. Begriffe so wählt, daß der Empfänger ihnen andere als die ursprünglich beabsichtigten Informationen entnimmt, oder daß der Empfänger falsch decodiert oder daß der Code selbst mehrdeutig ist. Das führte zu einer inhaltlichen Analyse des Codes, für die allerdings die Theorie der Informationsübertragung nicht zuständig ist. In den Begriffen der Allgemeinen Zeichentheorie (MORRIS 1938) wird der Code als System von Zeichen, der Inhalt des Codes als Bezeichnetes aufgefaßt; Empfänger und Sender sind Bezeichner, da sie die Beziehung von Zeichen und Bezeichnetem setzen bzw. verstehen. In der Semiotik, der Theorie

über die sprachlichen Zeichen, wird die Relation zwischen Zeichen und Bezeichnetem Semantik, diejenige zwischen verschiedenen Zeichen untereinander Syntax und die Beziehung zwischen Zeichen und Bezeichnern Pragmatik genannt (GECKELER 1973). Syntaktische Probleme wurden in dieser Arbeit mit dem Hinweis auf die verschiedenen Modi der Persönlichkeitsbeschreibung behandelt; der pragmatische Aspekt kam ausführlich in den Erörterungen über den Einfluß des Diagnostikers auf das diagnostische Resultat zum Ausdruck. Einer Bearbeitung bedarf noch die semantische Seite. Untersuchungsobjekt der Semantik ist die sprachliche Bedeutung, vor allem die lexikalische Bedeutung, in unserem Falle die Bedeutung der sprachlichen Ausdrücke, die Patientenverhalten beschreiben: welche Relation besteht zwischen ihnen und dem, was sie beschreiben, dem tatsächlichen Verhalten der Personen?
Die Bedeutung als die inhaltliche Seite der Sprache ist der wissenschaftlichen Untersuchung schwerer zugänglich als ihre formale Seite, die Ausdrucksebene; letztlich ist sie ohne philosophische Implikationen nicht zu erfassen. So haben die wichtigsten Richtungen der modernen Linguistik die Semantik häufig nur am Rande behandelt; der nordamerikanische Strukturalismus in der Nachfolge von BLOOMFIELD (1965,139) galt als ausgesprochen bedeutungsfeindlich. Entsprechend der Komplexität des Gebietes gehen die Definitionen von Bedeutung weit auseinander. Eine Systematisierung des Bedeutungsbegriffes nach Teilfunktionen hat JACOBSON (1973,18) vorgenommen:

1. die intralingual-paradigmatische Bedeutung, d.h. der Teil, der aus der Beziehung eines Wortes zu anderen Wörtern im Code der Sprache stammt (Grammem, Klassem etc.);
2. die referentielle Bedeutung oder der Teil, der aus dem Kontext der Rede und dem Respons darauf stammt und auf ein Stück der wirklichen oder erdachten Welt Bezug nimmt (Denotation, Semem, Sem);
3. die assoziative Bedeutung oder der Teil, der aus der Psyche und Imagination des Empfängers stammt;
4. die affektive oder emotive Bedeutung oder der aus der Intention des Sprechers und dem Respons des Empfängers stammende Teil, der eine wertende und emotionale Einstellung beinhaltet (Konnotation);
5. die situative oder pragmatische Bedeutungskategorie oder der Teil der Bedeutung, der aus dem Kontext der Situation und aus den Konventionen des soziokulturellen Rahmens stammt (Behaviorem, Ethnosem);
6. die stilistische oder poetische Bedeutung oder der Teil, der aus der besonderen rhetorischen Formgebung stammt und einen zusätzlichen ästhetischen Effekt auslöst (Stilem).

Die intralingual-paradigmatische und stilistisch-poetische Bedeutung sind in unserem Zusammenhang nicht von Interesse; die referentielle Bedeutung psychiatrischer Begriffe ist viel zu komplex, als daß sie hier in Kürze abgehandelt werden könnte: es müßte ein Lehrbuch der Psychopathologie geschrieben werden. Während die situativ-pragmatische Bedeutung methodisch sehr schwer zu erfassen sein dürfte, soll die Aufmerksamkeit im folgenden auf die assoziativen und die affektiv-emotiven Bedeutungskomponenten gelenkt werden, da sich in ihnen soziale Wertungen am ehesten nachweisen lassen.

Der erste Versuch, die assoziative Bedeutung von Wörtern zu bestimmen, geht auf OSGOOD (1952) zurück. Er ließ in einer Liste von Substantiven jedes mit einer beliebigen Menge von Adjektiven umstellen und fragte

seine Versuchspersonen, welche der Adjektive sie ihrer Ansicht nach zu einer Gruppe zusammenfassen würden, wenn sie das Substantiv hören. Es ergaben sich drei Gruppen von Adjektiven mit jeweils einheitlicher Konnotation:

1. Adjektive mit evaluativer Konnotation entsprechend dem Gegensatz "gut/schlecht";
2. Adjektive mit potenzanzeigender Konnotation entsprechend dem Gegensatz "stark/schwach";
3. Adjektive mit aktivitätsanzeigender Konnotation entsprechend dem Gegensatz "aktiv/passiv".

Es zeigte sich, daß selbst affektiv neutral erscheinende Wörter wie "Stuhl" u.ä. sich durchaus in Relation wie "aktiv/passiv" bringen ließen.
In ähnlicher Weise hat HOFSTÄTTER (1966,258) Wörter wie "Freude", "Einsamkeit" mit einer Reihe von adjektivischen Polaritäten umstellt wie "klein/groß" und "stark/schwach" und herausgefunden, daß sich relativ leicht systematisierbare Assoziationsmuster ergaben: es entstanden die sogenannten "Polaritätsprofile".
Auf der Suche nach einer Möglichkeit, die Reaktionen der Versuchspersonen auf die vorgegebenen Wörter quantitativ abgestuft messen zu können, entwickelten OSGOOD, SUCI und TANNENBAUM (1957) als Meßinstrument das sogenannte Semantische Differential. Sein Prinzip beruht darauf, daß das zu bewertende Wort auf einer abgestuften Skala (fünfstufig oder siebenstufig) zu lokalisieren ist, deren Extrempunkte von zwei gegensätzlichen Ausprägungen einer Qualität besetzt sind, z.B.:

warm ——————————— kalt

1 2 3 4 5 6 7

Freude?

Dieses Semantische Differential wurde in den Sozialwissenschaften in verschiedensten Modifikationen vielfach verwendet, vor allem zur Einstellungsmessung im Rahmen der Attitüdenforschung. Auch zur Untersuchung diagnostischer Begriffe wurde das Semantische Differential angewandt. Die assoziative und emotive Bedeutung von Eigenschaftswörtern im diagnostischen Prozeß, auf deren Schlüsselrolle im Hinblick auf eine mögliche soziale Wertung wir ausführlich hingewiesen haben, war Gegenstand einer Studie von KLAPPROTH (1972). Er hat die "Erwünschtheit und Bedeutung von 338 alltagspsychologischen Eigenschaftsbegriffen" untersucht, indem er eine Studentengruppe alle Eigenschaftswörter aufschreiben ließ, die zur Charakterisierung anderer Personen relevant sein könnten. Eine nach der Nennungshäufigkeit erstellte Liste von 338 Adjektiven wurde in einem zweiten Versuch einer anderen Studentengruppe vorgelegt. Dabei waren die folgenden Kriterien zu beurteilen:

a) Wie erwünscht ist diese Eigenschaft?
b) Wie klar ist die Bedeutung der Eigenschaft?
c) Welches ist das treffendste Synonym für das Adjektiv?
d) Welches ist das passendste Antonym zum vorgegebenen Eigenschaftsbegriff?
e) Wie erwünscht ist die durch das Antonym bezeichnete Eigenschaft?

Alle Beurteilungen wurden mit Hilfe des Semantischen Differentials quantitativ ausgewertet. Die Arbeit KLAPPROTHs betrifft in erster Linie den Bereich psychologischer Psychodiagnostik; für den psychiatrischen Bedarf liegt eine ähnliche Arbeit unseres Wissens noch nicht vor. Wenn im folgenden versucht wird, Eigenschaftsbegriffe psychiatrischer Krankengeschichten auf ihre soziale Erwünschtheit hin zu untersuchen, kann in mancher Hinsicht an die Studie von KLAPPROTH angeknüpft werden.

1.7 Fragestellung dieser Arbeit

Die leitende Fragestellung dieser Arbeit soll lauten:
Enthält das diagnostische Vokabular in der Psychiatrie soziale Wertungen, und - wenn ja - in welchem Umfang? Doch ist die Frage in ihrer allgemeinen Form zu global formuliert, als daß sie einer empirischen Überprüfung zugänglich wäre. Mehrere Eingrenzungen des Untersuchungsgegenstandes werden erforderlich:

1. Das diagnostische Vokabular in der Psychiatrie soll exemplarisch untersucht werden an Texten aus psychiatrischen Krankengeschichten, die die Begegnung zwischen Arzt und Patient sowie den Eindruck, den der Arzt von seinem Patienten gewonnen hat, als Basis des sich entwickelnden diagnostischen Prozesses dokumentieren. Bezüglich der Auswahlkriterien der Texte sei auf den methodischen Teil der Arbeit verwiesen.
2. Bei einer Untersuchung relativ begrenzten Umfangs wie dieser ist es nicht möglich, das Vokabular bestimmter Textabschnitte in seiner Gesamtheit zu untersuchen; dazu wären andere Voraussetzungen erforderlich, z.B. die Anwendung spezieller linguistischer Forschungsmethoden. Es mußte daher eine Auswahl getroffen werden: von den drei üblicherweise in Krankengeschichten vorkommenden Modi der Persönlichkeitsbeschreibung - dem verbalen, dem adverbialen und dem adjektivischen Modus (GRAUMANN 1960,90) - konnten nur die beiden letzteren berücksichtigt werden, da die methodischen Schwierigkeiten bei der Behandlung des ersteren zu groß wären:

a) Die Anzahl der verbalen Konstruktionen ist zu groß, als daß aus ihnen eine annähernd repräsentative Auswahl getroffen werden könnte. Demgegenüber ist die Anzahl verschiedener adverbieller und adjektivischer Wendungen, die in den Krankengeschichten vorkommen, überschaubar.

b) Während es bei adjektivischen und adverbialen Konstruktionen in der Regel möglich ist, die entsprechenden Wortarten - Adjektive und Adverbien - aus methodischen Gründen für die Fragestellung zu isolieren (Beispiel: "zufrieden" statt: "der Patient ist zufrieden"), ergibt eine solche Prozedur bei verbalen Wendungen häufig sinnlose Fragmente.

Zum anderen berechtigt auch die in den vorigen Kapiteln hervorgehobene überragende Bedeutung der Eigenschaftsbegriffe für den diagnostischen Prozeß dazu, ihrer Untersuchung bei der Frage nach einer implizierten sozialen Wertung den Vorzug zu geben. Da diese Wortarten von ihrer logisch-grammatischen Struktur her Verhaltensmerkmale und Persönlichkeitszüge viel gezielter beschreiben als Verben, dürften bei ihnen konnotierte soziale Wertungen eher zu erwarten sein. Die untersuchten Wörter sind also Adjektive und Adverbien; sie werden für die Zwecke dieser Arbeit als "Eigenschaftsbegriffe" zusammengefaßt.
Die Bezeichnung "Eigenschaftsbegriffe" ist zwar von der grammatischen Terminologie her nicht ganz korrekt, läßt sich aber rechtfertigen, wenn man im Falle der Adjektive Eigenschaften von Personen oder von Merkmalen dieser Personen, im Falle der Adverbien Eigenschaften von Verhaltensweisen der Personen durch sie bezeichnet wissen will.

3. Schließlich bedarf der Begriff der "sozialen Wertung" einer operationalen Definition. Er soll als

komplexer Begriff aufgefaßt werden, der zumindest die Komponenten "Sympathie" und "soziale Erwünschtheit" enthält. Für diese Arbeit wird festgelegt, daß der Grad der sozialen Wertung, der mit der Kennzeichnung einer Person durch ein bestimmtes Wort verbunden ist, ein Funktion sei

a) der Sympathie, die ein Hörer beim Nennen dieses Wortes im Zusammenhang mit einer ihm unbekannten Person dieser gegenüber empfindet;
b) der sozialen Wertung, die er der durch das Wort bezeichneten Eigenschaft oder Verhaltensweise dieser Person zumißt.

Operational sei der Wert für die soziale Wertung untersuchter Wörter definiert als der Mittelwert aus den empirisch gewonnenen Werten für die Dimensionen "Sympathie" und "soziale Erwünschtheit".

Die präzisierte Fragestellung läßt sich nun folgendermaßen formulieren:

Frage 1: Sind die in den definierten Abschnitten psychiatrischer Krankengeschichten von Patienten mit der Diagnose "Schizophrenie" vorkommenden Eigenschaftsbegriffe (Adjektive und Adverbien) zum größeren Teil wertungsbeladen oder wertungsneutral, wobei die soziale Wertung als Mittelwert aus den Werten für "Sympathie" und "soziale Erwünschtheit" aufgefaßt wird?

Entsprechend lautet dann die

Hypothese 1: Die oben (Frage 1) genannten Eigenschaftsbegriffe werden zum größeren Teil als **wertungsbeladen**, zum geringeren Teil als wertungsneutral empfunden.

Weiterhin interessiert die Richtung der sozialen Wertung.

Frage 2: In welchem Verhältnis stehen die positiv wertenden Eigenschaftsbegriffe zu den sozial abwertenden?

In der Formulierung als

Hypothese 2: **Von den wertungsbeladenen Wörtern überwiegen die sozial abwertenden.**

Für jeden einzelnen Eigenschaftsbegriff soll auf diese Weise bestimmt werden:

1. wie **häufig er** in den untersuchten Texten vorkommt;
2. ob er überhaupt eine **soziale Wertung** impliziert, und - wenn ja - :
3. die Richtung der sozialen Wertung, d.h. ob der Eigenschaftsbegriff im positiven Sinne wertet oder ob er sozial abwertet, und
4. die Stärke der Wertung in der einen oder in der anderen Richtung, wodurch sich die Möglichkeit ergibt, Rangordnungen innerhalb der Eigenschaftsbegriffe aufgrund der Wertungsstärke aufzustellen.

2 METHODE

2.1 Inhaltsanalyse

Die Fragestellung, ob diagnostisches Vokabular in der Psychiatrie soziale Wertungen impliziere, zielt auf eine Analyse seines affektiven oder emotiven Bedeutungsgehaltes (cf. S. 65) ab. Methode der Wahl ist das in den Sozialwissenschaften erprobte Verfahren der "content analysis" - übersetzt mit "Bedeutungsanalyse" oder "Inhaltsanalyse", die BERELSON und LAZARSFELD (1952,489) folgendermaßen definieren:

"Die Bedeutungsanalyse (content analysis) ist eine Untersuchungstechnik, die der objektiven, systematischen und quantitativen Beschreibung des offenbaren Inhalts von Mitteilungen aller Art dient."

Eine umfassende Darstellung der "Systematischen Inhaltsanalyse" gibt A. SILBERMANN (1974); an prinzipiellen Untersuchungsvorgängen im Rahmen dieser Methode führt er an:

" 1. Nach einem systematischen Arbeitsschema wird eine repräsentative Auswahl von Texten, Filmen oder Images der Analyse unterzogen, um die Häufigkeit des Vorkommens und die Bedeutung gewisser wichtiger Themen festzustellen. Die Zielsetzungen einer solchen Untersuchung können im einzelnen sein:
   a) Analyse der Attitüden der oder des Verfassers des Dokuments;
   b) Analyse der Attitüden, an die appelliert wird;
   c) Analyse der Attitüden, die hervorgerufen werden sollen;
   d) Analyse der sozialen Normen, denen der oder die Verfasser unterworfen sind. (...)

2. Die Analyse eines oder mehrerer gleichartiger Dokumente, die ausschließlich quantitativ unternommen wird. Es gilt hierbei zum Beispiel

festzustellen, wieviel Zeitungsspalten einem gewissen Ereignis oder einer spezifischen Idee gewidmet sind, wie oft das gleiche Wort im Verlauf einer Ansprache oder innerhalb eines gedruckten Dokuments erscheint oder welcher Stundenanteil der Musik, den Nachrichten, Hörspielen, Sport usw. im Total eines Rundfunk- oder Fernsehprogramms zukommt.

3. Die Analyse eines oder mehrerer gleichartiger Dokumente, die ausschließlich qualitativ oder kombiniert quantitativ und qualitativ unternommen wird. Hier wird die Struktur eines Textes, eines Films oder einer Rundfunk- bzw. Fernsehsendung auf die Bedeutung hin untersucht, die einer spezifischen Idee verliehen wird.

4. Die Analyse von Dokumenten im Hinblick auf ihren Zusammenhang mit dem Gruppenleben, wobei besonderer Wert darauf gelegt wird, soziale Prozesse wie Interaktionen oder Interdependenzen zu erkennen. Untersuchungen über den Inhalt von durch Massenkommunikationsmedien verbreiteten Aktualitäten oder von Schulbüchern zum Beispiel finden hier ihren Platz.

5. Die unter 4. aufgeführte Analyse kann auch vergleichend durchgeführt werden, indem die Aktualitäten bei den verschiedenen Medien miteinander verglichen werden, um so einen "Rundfunk-Inhalt", einen "Presse-Inhalt" usw. etablieren zu können.

6. Die Analyse gewisser Dokumente im Hinblick auf die Wirkung dieser Materialien auf Attitüden oder Attitüdenbildungen innerhalb spezifischer sozialer Gruppen. (...) "
(SILBERMANN 1974, 258)

Für die vielfältigen Anwendungsgebiete der Inhaltsanalyse finden sich bei SILBERMANN (1974) zahlreiche Einzelbeispiele, insbesondere Inhaltsanalyse als Literaturanalyse, als Analyse von Stereotypen und symbolischen Darstellungen, als Analyse von Massenkommunikationsmitteln, Inhaltsanalyse im Dienste von Kriegsführung und Politik etc.. An Vorgehensweisen bei der Inhaltsanalyse unterscheidet SILBERMANN (1974,312) folgende Analyseformen:

1. Die einfache Häufigkeitsanalyse:

   "als Auszählmethode verbaler und sonstiger Elemente der Kommunikation (...); meist wird dabei die Besetzungshäufigkeit einzelner Kategorien festgestellt."

2. Die Contingency Analysis (OSGOOD und ANDERSON 1957)

   "basiert auf der Annahme, daß durch die Feststellung des gemeinsamen Vorkommens von inhaltlichen Kategorien eine Messung der Assoziationsstruktur des Verfassers vorgenommen werden kann. Der Anwendung der operationalen Vorschriften der Contingency-Analysis muß eine Auswahl der zu analysierenden Texte und ihre Aufgliederung in praktikable Inhaltseinheiten vorausgehen. (...) Als Kategorien der Inhaltsbeschreibung werden nun Symbolwörter benutzt (z.B. Namen) und auf ihr gemeinsames Auftreten hin untersucht. Aus der über- oder unterdurchschnittlich häufigen Verbindung zweier Kategorien werden dann Rückschlüsse gezogen (...)"

3. Die Symbol Analysis (LASSWELL, LERNER, de SOLA POOL 1952)

   "ist in erster Linie eine semantische Analyse von Textinhalten. Zunächst werden mit Hilfe von Inhaltsanalysen die Schlüsselkategorien des zu untersuchenden Symbolträgers festgestellt. Bei jedem registrierten Auftreten einer Schlüsselkategorie, in der Annahme, daß jede häufig vorkommende Schlüsselkategorie ein Einstellungsobjekt symbolisiert, wird ermittelt, ob es sich bei den dazu abgegebenen Äußerungen um positive, negative oder neutrale Stellungnahmen handelt. (...) Die Messung der Intensität solcher Einstellungen sowie die Einführung von Richtungskategorien bringt große Schwierigkeiten bei der Verschlüsselung mit sich, da die semantische Analyse der im Text geäußerten Einstellungen zu einem Schlüsselbegriff stark dem subjektiven Ermessen der Verschlüssler unterworfen ist."

4. Die Evaluative Assertion Analysis (OSGOOD 1959).

Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit wurde im wesentlichen die Symbol Analysis nach LASSWELL et al. (1952) verwendet, doch wurde die Methode dahingehend erweitert, daß

1. die Schlüsselkategorien nicht nur in den Dimensionen (Richtungskategorien) neutral, positiv und negativ, sondern auf einer siebenstufigen positiven bzw. auf einer siebenstufigen negativen Skala nach dem Vorbild des Semantischen Differentials von OSGOOD, SUCI und TANNENBAUM (1957; cf. S. 66 dieser Arbeit) bewertet werden;
2. versucht wurde, die Gefährdung der Reliabilität durch einen zu großen subjektiven Ermessensspielraum bei der Zuordnung zu den Richtungskategorien dadurch einzuschränken, daß eine größere Anzahl von Bewertern herangezogen wurde.

Für die Durchführung der systematischen Inhaltsanalyse gibt HARDER (1974,226) folgende Verfahrensschritte an:

1. Festlegung der Art und Klasse von Texten;
2. Auswahl der Stichprobe;
3. Definition der Zähleinheit, d.h. des Merkmalsträgers (nach SILBERMANN: "Schlüsselkategorie"), an dem abgelesen wird, welche Ausprägung des Merkmals (nach SILBERMANN: "Richtungskategorie") bei ihm vorliegt;
4. Entwicklung eines Kategorienschemas;
5. Verschlüsselung der Kategorien, d.h. Zuordnung der Merkmalsausprägungen zu den Merkmalsträgern (nach SILBERMANN: Zuordnung der Richtungskategorien zu den Schlüsselkategorien).

2.2 Festlegung der Art und Klasse von Texten

Die untersuchten Texte sind psychiatrischen Krankenakten von Patienten des Rheinischen Landeskrankenhauses Düsseldorf entnommen. Im einzelnen wurden ausgewählt:

1. aus dem einleitenden Blatt mit dem Titel "Krankengeschichte":
   a) aus dem Abschnitt "Vorläufige Diagnose":
      der Text des Absatzes "Befund";
   b) aus dem Abschnitt "Endgültige Diagnose":
      der Text des Absatzes "Befund";
2. aus dem Blatt "Befund des aufnehmenden Arztes:
   der Text des Abschnittes "Befund";
3. aus den nicht näher gekennzeichneten, schwarz umrandeten Blättern für Anamnese, Exploration, Befund und Verlauf: der Text des Abschnittes "Psychischer Befund".

2.3 Auswahl der Stichprobe

Grundgesamtheit waren alle Patienten, die in den Jahren 1973 und 1974 im Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf stationär aufgenommen wurden und mit einer Diagnose, die dem schizophrenen Formenkreis zuzuordnen ist, entlassen wurden. Im einzelnen handelte es sich um folgende Diagnosebezeichnungen:

a) "Schizophrenie"
b) "akute Schizophrenie"
c) "paranoide Schizophrenie"
d) "paranoid-halluzinatorische Schizophrenie"
e) "Psychose"[1)]
f) "paranoide Psychose"
g) "paranoid-halluzinatorische Psychose"
h) "Hebephrenie"
i) "Katatonie"

---

1) als Synonym für "Schizophrenie" verwendet

Die Beschränkung auf Patienten mit Erregern aus der Gruppe der Schizophrenien hat in erster Linie methodische Gründe:

1. Die Krankengeschichten dieser Patienten weisen im wesentlichen einen ähnlichen Aufbau auf, während diejenigen von Patienten mit Suchterkrankungen beispielsweise anders angeordnet sind. Nur so war der Ansatz einer einigermaßen einheitlichen Auswertung möglich.
2. Da die Texte von Patienten der gleichen Diagnosegruppe inhaltliche Parallelen zeigen, ist auch das darin verwendete Vokabular besser vergleichbar.

Andererseits ist es jedoch auch im Interesse einer Klärung der zu Beginn dieser Arbeit erörterten Frage, warum die Häufigkeit der Diagnose "Schizophrenie" von einer Reihe außermedizinischer Faktoren wie Sozialstatus des Patienten, sozialkulturellem Hintergrund, Auffassung des Klinikdirektors etc. abhängig ist, berechtigt, die Krankengeschichten von Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe der Schizophrenien herauszugreifen.

Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine Stichprobe von 100 Krankenakten (von 50 Frauen und 50 Männern) gezogen. Dabei wurde folgende Vorgehensweise gewählt: Aus den Aufnahmebüchern der Klinik aus den Jahren 1973 und 1974 wurde nach dem Zufallsprinzip jeder Patient mit einer der oben aufgeführten Diagnosen in die Stichprobe aufgenommen, bis diese 100 Personen umfaßte.

2.4 Definition der Schlüsselkategorien

Als Schlüsselkategorien wurden alle in den genannten Texten vorkommenden "Eigenschaftsbegriffe" definiert. Hierunter sollen in der vorliegenden Arbeit folgende drei Wortklassen verstanden werden:

1. Adjektive, die von der grammatischen Konstruktion her auf die Person des Patienten selbst bezogen sind, und zwar

   a) in prädikativer Form mit verbalen Konstruktionen wie "ist", "scheint", "wirkt", "erscheint" u.ä.;

   b) in attributiver Form;

   c) in Konstruktionen wie: "macht (k)einen ... Eindruck"

   (= adjektivisch-direkte Verwendung);

2. Adjektive, die von der grammatischen Konstruktion her nicht auf den Patienten selbst in seiner Gesamtheit, sondern auf eines der folgenden diagnostischen Verhaltensmerkmale bezogen sind, wobei diese Merkmale namentlich im untersuchten Text aufgeführt sein müssen:

   a) "Antrieb und Motorik", "Antrieb", "Motorik", "Bewegung(en)"

   b) "Aufmerksamkeit", "Konzentration", "Aufmerksamkeit und Konzentration"

   c) "Gedankengang", "Denken", "Gedanken", "Gedankenablauf"

   d) "Redeweise"

   e) "Intelligenz"

   f) "Stimmungslage", "Affekt", "Stimmung"

   g) "Kleidung"

   (= adjektivisch-indirekte Verwendung);

3. Adverbien, jedoch nur:

   a) Adverbien der Art und Weise (des Modus),

   b) Adverbien, von denen sich ein formidentisches, nicht reflektiertes Adjektiv bilden läßt

      (Ausgeschlossen sind infolgedessen: a) Adverbien des Ortes: "hier", b) Adverbien der Zeit: "jetzt", Adverbien des Modus ohne äquivalentes Adjektiv: "so")

   (= adverbielle Verwendung).

2.5 Erfassung der Eigenschaftsbegriffe

Alle in den definierten Texten vorkommenden Eigenschaftsbegriffe wurden in standardisierte Erfassungsbögen eingetragen, die - entsprechend dem Stellenwert dieser Arbeit als integriertem Bestandteil des sozialpsychiatrischen und psychiatriesoziologischen Forschungsprogrammes der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie - einem den anderen wissenschaftlichen Arbeiten der Forschungsstelle gleichgearteten Aufbauprinzip folgen. Die Erfassungsbögen zerfallen damit in einen allgemeinen, allen Arbeiten gemeinsamen Teil, in dem Sozialdaten wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Herkunft, Wohngegend u.a. erfaßt werden, und den speziellen, auf die spezifische Fragestellung dieser Arbeit abgestimmten Teil, der für die Registrierung der Eigenschaftsbegriffe bestimmt ist (s. Anhang S. 187).
Zusätzlich zu dem Eigenschaftsbegriff wurde vermerkt:

1. in welchem Textabschnitt der Krankengeschichte der Begriff vorkam (Vorläufige Diagnose, Befund des aufnehmenden Arztes - Befund, Krankenge-

schichte - psychischer Befund, Endgültige Diagnose);

2. um welche der drei in 2.4 genannten grammatischen Verwendungsweisen des Eigenschaftsbegriffes es sich handelte:
   a) durch Zusatz der Bezeichnung "A" für den adverbiellen Gebrauch;
   b) durch Angabe des namentlich aufgeführten diagnostischen Merkmals bei der adjektivisch-indirekten Verwendung;
   c) ohne nähere Kennzeichnung im Falle des adjektivisch-direkten Gebrauchs.

2.6 Auszählung und Klassifikation der Eigenschaftsbegriffe nach ihrer Häufigkeit

Eine Auszählung der Eigenschaftsbegriffe ermöglichte die Bestimmung folgender Größen:

1. die Gesamtzahl aller in den untersuchten Texten vorkommenden Eigenschaftsbegriffe;
2. die Anzahl verschiedener Eigenschaftsbegriffe;
3. die Häufigkeit des Auftretens jedes einzelnen Eigenschaftsbegriffes;
4. die Gesamtzahl aller Eigenschaftsbegriffe in adjektivisch-direkter, in adjektivisch-indirekter und in adverbieller Verwendung;
5. die Häufigkeit jedes einzelnen Eigenschaftsbegriffes in adjektivisch-direkter, in adjektivisch-indirekter und in adverbieller Verwendung.

Weiterhin wurde eine Liste erstellt, in der alle Eigenschaftsbegriffe in der Rangfolge ihrer Häufigkeit aufgeführt sind. Nach ihrer Häufigkeit

ließen sich die Eigenschaftsbegriffe in vier Klassen [1] einteilen:

1. Häufigkeitsklasse 1: mehr als 100mal vorkommend
2. Häufigkeitsklasse 2: zwischen 11mal und 100mal vorkommend
3. Häufigkeitsklasse 3: zwischen 2mal und 10mal vorkommend
4. Häufigkeitsklasse 4: 1mal vorkommend

Es konnte nunmehr ermittelt werden:

1. die Anzahl verschiedener Eigenschaftsbegriffe in jeder Häufigkeitsklasse;
2. die Anzahl aller im Text vorkommenden Eigenschaftsbegriffe in jeder Häufigkeitsklasse.

2.7 Definition der Richtungskategorien

Als Richtungskategorien wurden sieben Ausprägungsgrade der Dimension "Soziale Wertung" definiert. Sie lauten:

1. Bewertungsklasse 1: Stark positiv wertend
2. Bewertungsklasse 2: Positiv wertend
3. Bewertungsklasse 3: Schwach positiv wertend
4. Bewertungsklasse 4: Nicht oder kaum sozial wertend
5. Bewertungsklasse 5: Schwach sozial abwertend
6. Bewertungsklasse 6: Sozial abwertend
7. Bewertungsklasse 7: Stark sozial abwertend.

---

1) Der Ausdruck "Klasse" entspricht hier nicht genau seiner statistischen Definition, da die Klassenbreite nicht homogen ist; korrekter wäre "Gruppe".

Die Bewertungsklassen wurden aus Punktwerten für die Dimension "Soziale Wertung" ermittelt, die ihrerseits erst gewonnen werden mußten.

2.8 Definition der Dimension "Soziale Wertung"

Als Wert für die Dimension "Soziale Wertung" eines Eigenschaftsbegriffes wurde, wie schon in 1.7 ausgeführt, der Mittelwert aus den empirisch erhobenen Punktwerten für die Dimensionen "Sympathie" und "soziale Erwünschtheit" definiert. Ein Eigenschaftsbegriff gilt dann als stark positiv wertend, wenn er beim Hörer die Assoziation starker Sympathie gegenüber der bezeichneten Person hervorruft und gleichzeitig eine Eigenschaft oder Verhaltensweise bezeichnet, die als sehr sozial erwünscht angesehen wird. Umgekehrt soll ein Eigenschaftsbegriff dann stark sozial abwertend genannt werden, wenn er die Assoziation starker Antipathie bewirkt und dabei eine Eigenschaft oder ein Verhalten umschreibt, das als sozial sehr unerwünscht empfunden wird.

2.9 Erhebung der Punktwerte für die Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit"

Um für die Dimensionen "Sympathie" und "soziale Erwünschtheit" Punktwerte zu erhalten, waren folgende Voraussetzungen notwendig:

1. Es waren Personen zu bestimmen, die den Eigenschaftsbegriffen die Punktwerte zuzuordnen hatten.
2. Es waren exakte Fragen zu formulieren, die auf die Eigenschaftsbegriffe einerseits und auf die Bewertungsdimension andererseits Bezug nahmen und

eine quantitativ abgestufte Antwort ermöglichten.

3. Für die Antworten waren Skalen zu entwickeln, auf denen die befragten Personen ihre Stellungnahmen durch Ankreuzen numerischer Werte zum Ausdruck bringen konnten (nach dem Vorbild des Semantischen Differentials).
4. Die Anzahl der zur Bewertung vorgelegten Eigenschaftsbegriffe war geeignet zu reduzieren.

2.10 Definition der Bewertergruppe

Um den Einfluß subjektiver Faktoren bei der Bewertung der Eigenschaftsbegriffe möglichst gering zu halten, wurde eine größere Anzahl von Bewertern herangezogen. Da die untersuchten Texte von Psychiatern verfaßt worden waren, erschien es sinnvoll, die aus ihnen entnommenen Eigenschaftsbegriffe einer vergleichbaren Gruppe von Personen zur Bewertung vorzulegen: Es wurden 35 Psychiatern und 5 klinisch-psychiatrisch tätigen Psychologen des Rheinischen Landeskrankenhauses Düsseldorf (Psychiatrische Klinik der Universität) und der Psychiatrischen Klinik der Universität Erlangen Fragebögen ausgehändigt, auf denen sie ihre Beantwortung der Fragen durch Ankreuzen von Zahlenwerten auf Skalen kennzeichnen sollten.

2.11 Auswahl der Eigenschaftsbegriffe

Da es nicht zweckmäßig war, den Bewertern Listen mit allen in den untersuchten Texten vorkommenden Eigenschaftsbegriffen vorzulegen, war es nötig,

eine Auswahl zu treffen und damit die Anzahl zu reduzieren. Dazu wurde die Klassifikation der Eigenschaftsbegriffe nach ihrer Häufigkeit herangezogen und festgelegt, daß in die Liste des Fragebogens nur diejenigen Begriffe aufgenommen werden sollten, die den Häufigkeitsklassen 1,2 oder 3 zugeordnet worden waren, d.h. die mehr als einmal insgesamt vorkamen. Es ergab sich damit eine Liste mit 99 Eigenschaftsbegriffen.

2.12 Vortestung des Fragebogens

Von zwei Entwürfen des Fragebogens, die sich in ihrer graphischen Anordnung unterschieden, wurde in einem Pre-Test-Verfahren von einer sechsköpfigen Expertengruppe aus den Fachbereichen Medizin, Psychologie und Soziologie die zweckmäßiger erscheinende Fassung ausgewählt, wobei insbesondere der Gesichtspunkt der übersichtlicheren Anordnung ausschlaggebend war.

2.13 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen in der endgültigen Fassung enthielt folgende Abschnitte (s. Anhang S. 192):

1. eine Einleitung, in der die Adressaten um ihre Mitarbeit gebeten werden, wobei sie jedoch über die eigentliche Forschungsintention im unklaren gelassen werden; hierdurch sollte vermieden werden, daß deren Kenntnis das Untersuchungsergebnis in unerwünschter Weise beeinflußt;

2. drei Listenteile (Teil A, Teil B, Teil C), wobei der Teil A, der sich mit Fragen der Wichtigkeit und Eindeutigkeit von Eigenschaftsbegriffen befaßt, in der vorliegenden Arbeit keine Verwendung fand. In Teil B geht es um die Dimension "Sympathie", Teil C behandelt die Dimension "Soziale Erwünschtheit". Jeder Teil beginnt mit der Instruktion und einem Beispiel, das die gewünschte Bearbeitung der darauffolgend abgedruckten Liste von Eigenschaftsbegriffen demonstriert. Die Eigenschaftsbegriffe selbst sind nach dem Zufallsprinzip angeordnet. Neben ihnen finden sich jeweils zwei Skalen von 0 bis 6, wobei die eine für positive, die andere für negative Ausprägungen der betreffenden Eigenschaft vorgesehen ist. Jedem Skalenwert wurde eine verbale Umschreibung hinzugefügt. Ein Abdruck des Fragebogens findet sich im Anhang.

2.14 Berechnung der Mittelwerte

Für jeden Eigenschaftsbegriff wurden, getrennt nach den beiden untersuchten Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit", Mittelwerte und Varianzen aus den Werten der gesamten Bewertergruppe mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung berechnet. Zu diesem Zweck waren die Werte auf Lochkarten gespeichert worden. Jedem Eigenschaftsbegriff war damit entweder ein positiver oder ein negativer Wert in den Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" zugeordnet.

2.15 Berechnung des Punktwertes für die Dimension "Soziale Wertung"

Entsprechend der operationalen Definition des Begriffes der "Sozialen Wertung" in 1.7 wurde der entsprechende Punktwert als Mittelwert aus den Punktwerten für die Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Wertung", die ihrerseits Mittelwerte darstellen, für jeden Eigenschaftsbegriff errechnet.

2.16 Einteilung der Eigenschaftsbegriffe in Bewertungsklassen

Entsprechend der Definition der Richtungskategorien für die systematische Inhaltsanalyse in 2.7 wurden aus den Punktwerten für die Dimension "Soziale Wertung" 7 Bewertungsklassen gebildet, die 7 verschiedene Ausprägungsgrade der "Sozialen Wertung" repräsentieren:

Punktwert	Bewertungsklasse
+3.0 und größer	1 = Stark positiv wertend
+2.0 bis +2.9	2 = Positiv wertend
+1.0 bis +1.9	3 = Schwach positiv wertend
-0.9 bis +0.9	4 = Nicht oder kaum sozial wertend
-1.9 bis -1.0	5 = Schwach sozial abwertend
-2.9 bis -2.0	6 = Sozial abwertend
-3.0 und kleiner	7 = Stark sozial abwertend

2.17 Berechnung der Verteilung der Eigenschaftsbegriffe auf die Bewertungsklassen

Mit der Zuordnung einer Richtungskategorie (in diesem Falle: der Bewertungsklasse) zu jeder Schlüsselkategorie (in diesem Falle: jedem Eigenschaftsbegriff) ist die Grundforderung der Systematischen Inhaltsanalyse erfüllt. Auf dieser Basis läßt sich nunmehr feststellen, in welchem Verhältnis die Richtungskategorien, d.h. die Bewertungsklassen zueinander stehen. Es lassen sich so folgende Werte berechnen:

1. die Anzahl der in der Liste aufgeführten Eigenschaftsbegriffe, die jeder Bewertungsklasse angehören;
2. die Summe der Häufigkeiten aller Eigenschaftsbegriffe, die jeweils einer Bewertungsklasse zuzurechnen sind.

Es wurden jeweils die absoluten Werte und die Prozentwerte berechnet. Die Ergebnisse wurden graphisch dargestellt.

2.18 Bildung von Rangordnungen

Anschließend wurden Rangordnungen innerhalb der Eigenschaftsbegriffe gebildet, die sich aus den Punktwerten für die Untersuchungsdimensionen ergaben. Dabei wurde je eine Liste für die Rangordnungen nach den Dimensionen "Sympathie", "Soziale Erwünschtheit" und "Soziale Wertung" erstellt. Es war auf diese Weise möglich, Eigenschaftsbegriffe mit extremen Punktwerten in einer der Dimensionen besser hervorzuheben.

Diese Rangordnungslisten wurden aufgestellt:

1. für alle bewerteten Eigenschaftsbegriffe, d.h. für die Eigenschaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3;
2. nur für die Eigenschaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1 und 2, d.h. nur für diejenigen, die mehr als 10mal vorkamen. So konnten die häufigsten Eigenschaftsbegriffe nach den Rängen ihrer Punktwerte in den untersuchten Dimensionen geordnet werden.

2.19 Überprüfung der Hypothesen

Durch eine Zusammenfassung der drei positiven und der drei negativen Bewertungsklassen kann zu den in 1.7 formulierten Hypothesen Stellung bezogen werden, indem

1. die Anzahl der in der Liste aufgeführten sozial wertenden Eigenschaftsbegriffe der Anzahl der nicht oder kaum wertenden gegenübergestellt wird;
2. die Summe der Häufigkeiten aller in den untersuchten Texten vorkommenden wertenden Eigenschaftsbegriffe mit der Summe der Häufigkeiten der nicht oder kaum wertenden Begriffe verglichen wird;
3. die Anzahl der in der Liste aufgeführten positiv wertenden Eigenschaftsbegriffe in Beziehung zu der Anzahl der sozial abwertenden gesetzt wird;
4. die Summe der Häufigkeiten aller positiv wertenden Begriffe neben die Summe der Häufigkeiten aller sozial abwertenden gestellt wird.

3 ERGEBNISSE

3.1 Häufigkeiten der Eigenschaftsbegriffe

Die Auszählung aller Eigenschaftsbegriffe, die in den definierten Texten der Krankengeschichten von 100 psychiatrischen Patienten vorkamen, ergab eine Gesamtzahl von 1039. 1009 Eigenschaftsbegriffe waren ihrer grammatischen Funktion nach Adjektive, 30 waren Adverbien. Bei den Adjektiven ließ sich noch unterscheiden, ob sie in direkter oder indirekter Verwendung auftraten, d.h. ob sie grammatisch auf die zu beschreibende Person selbst oder auf eines der zentralen diagnostischen Merkmale bezogen sind (cf. 2.4). Wie aus Tab. 1 zu erkennen ist, überwiegen bei weitem Adjektive in direkter Verwendung (cf. s. Anhang S. 139).
Die Eigenschaftsbegriffe waren zum größten Teil mehrfach vertreten. Unter Berücksichtigung der Wiederholungen ließ sich die Anzahl verschiedener Eigenschaftsbegriffe mit 201 bestimmen. Nach der Häufigkeit ihres Auftretens unterscheiden sie sich beträchtlich; so kam der häufigste Begriff insgesamt 131mal vor, 102 Wörter tauchten jeweils nur einmal auf. Es erschien daher aus praktischen Gründen zweckmäßig, die Häufigkeiten der einzelnen Eigenschaftsbegriffe grob zu klassifizieren. Es wurden vier Klassen gebildet:

Häufigkeitsklasse 1:	Sehr häufig = mehr als 100mal vorkommend
Häufigkeitsklasse 2:	Häufig = 11mal bis 100mal vorkommend
Häufigkeitsklasse 3:	Weniger häufig = 2mal bis 10mal vorkommend
Häufigkeitsklasse 4:	Selten = 1mal vorkommend

Die Verteilung der Eigenschaftsbegriffe auf die Häufigkeitsklassen zeigt Tab. 2, die Rangfolge ihrer absoluten Nennungshäufigkeiten Tab. 3.

Wie die Tabellen 2 und 3 erkennen lassen, kommt den beiden Begriffen "orientiert" und "bewußtseinsklar" aufgrund ihrer großen Häufigkeit eine Sonderstellung zu. Da sie 131mal bzw. 108mal vorkommen - fast jeder Text wird mindestens mit einem von beiden Begriffen eingeleitet - , machen sie beide allein schon 23 %, also fast ein Viertel, aller Eigenschaftsbegriffe überhaupt aus. Die große Distanz zwischen dem zweithäufigsten - "bewußtseinsklar", 108mal - und dem dritthäufigsten Begriff - "gespannt", 42mal - rechtfertigt die Einführung einer eigenen Häufigkeitsklasse für die beiden ersten Begriffe. Sie sind offenbar Ausdruck eines in starkem Maße standardisierten Vokabulars zur Beschreibung des Bewußtseins- und Orientierungszustandes eines Patienten. Ihre Verwendung ist nicht auf den Bereich der Psychiatrie beschränkt; für die neurologische Befunderhebung sind sie in jedem Fachbereich der Medizin von zentraler Bedeutung. Die Häufung gerade in der positiven Ausprägung und die geringe Anzahl entgegengesetzter Termini ("desorientiert" 4mal, "stuporös" 3mal, "verwirrt" 2mal) erklärt sich aus der Qualität der Stichprobe, die durchweg schizophrene Kranke umfaßte; bekanntlich sind Bewußtseinsklarheit und (zumindest mäßig) gute Orientiertheit Voraussetzungen der Diagnose "Schizophrenie" (cf. WEITBRECHT 1968,185f.).
Es folgen mit "gespannt", "ängstlich" und "zerfahren" an dritter, vierter und fünfter Stelle der Häufigkeit Begriffe, die sich auf den psychomotorischen Status, auf die Stimmungslage und auf die Qualität des Gedankengangs eines Patienten beziehen.

Bei der Betrachtung des Verhältnisses zwischen adjektivisch-direkter, adjektivisch-indirekter und adverbialer Verwendung der Eigenschaftsbegriffe fällt auf, daß fast durchweg die adjektivisch-direkte am häufigsten vorkommt.
Der Begriff, der in der adverbialen Form am häufigsten vorkommt, ist "adäquat" (4mal); das zweithäufigste Adverb ist "manieriert" (3mal). Wenn ihre absoluten Werte auch vergleichsweise gering sind, bleibt bei der geringen Anzahl (21) und Häufigkeit (30) von Adverbien doch festzuhalten, daß sie für die explizite Verhaltensbeschreibung offenbar als bedeutsame Beschreibungsdimensionen angesehen werden.

3.2 Ergebnisse der Bewertung der Eigenschaftsbegriffe

Wie in 2.12 ausgeführt, werden nur die Eigenschaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3, d.h. alle diejenigen, die zweimal und öfter in den untersuchten Texten vorkamen, zur Bewertung der Bewertergruppe aus Psychiatern und Psychologen vorgelegt. Das ergab eine Liste von 99 Wörtern, die jedoch 936 Eigenschaftsbegriffe - entsprechend 90,2 % der Gesamtzahl von 1039 - repräsentieren.
Tab. 4 führt die mittleren Skalenwerte für die Dimensionen "Sympathie" und "soziale Erwünschtheit" auf, ferner den Mittelwert aus beiden als Ausdruck des Maßes für die "soziale Wertung" zusammen mit der Angabe der hieraus ermittelten "Bewertungsklasse" (entsprechend 2.16).
Tab. 5 zeigt, daß die meisten in der Liste aufgeführten Begriffe (29) der Bewertungsklasse 6 ("Sozial ab-

wertend") zugeordnet wurden. Es folgt mit geringem Abstand die Bewertungsklasse 5 ("Schwach sozial abwertend"): 21 Wörter der Liste.
Bei der Summe der Häufigkeiten der Eigenschaftsbegriffe war die Bewertungsklasse 2 ("Positiv wertend") mit einer Gesamthäufigkeit von 320 führend, jedoch ist zu bedenken, daß allein 239mal zusammengerechnet die Wörter "bewußtseinsklar" und "orientiert" auftauchen. An zweiter Stelle folgt die Bewertungsklasse 6 (234).
Der durchschnittliche Punktwert für die Dimension "Soziale Wertung" über alle 99 Eigenschaftsbegriffe liegt bei -0.70.
In Tab. 6 werden die drei positiv wertenden und die drei abwertenden Bewertungsklassen zusammengefaßt und der Klasse 4 ("Nicht oder kaum sozial wertend") gegenübergestellt.

Die Abbildungen 1 und 2 stellen die Befunde der Tabellen 5 und 6 graphisch dar.
Eine Auswertung der Tab. 6 läßt folgende Aussagen zu:

1. Sowohl innerhalb der Liste von 99 verschiedenen Eigenschaftsbegriffen als auch bei der Auszählung und Summation der Häufigkeiten aller Eigenschaftsbegriffe für jede Bewertungsklasse läßt sich ein eindeutiges Überwiegen der sozial wertenden - 91,9 % bzw. 93,6 % - gegenüber den sozial nicht oder kaum wertenden - 8,1 % bzw. 6,5 % - feststellen.
2. Von den Eigenschaftsbegriffen der Liste überwogen eindeutig diejenigen, die den sozial abwertenden Wertungsklassen (5, 6 und 7) zugeordnet worden wa-

ren (63,6 %), während Begriffe, die als positiv wertend empfunden worden waren (Wertungsklassen 1, 2 und 3) in der Minderzahl waren (28,3 %). Das Verhältnis von positiv wertenden zu negativ wertenden Eigenschaftsbegriffen betrug somit 1 : 2,25.

3. Bei den summierten Häufigkeiten der Eigenschaftsbegriffe jeder Bewertungsklasse zeigte sich ein geringes Übergewicht der als abwertend eingestuften Begriffe (47,1 %) über die als positiv wertend empfundenen (46,5 %). Allerdings ist hierbei wieder zu erwähnen, daß von diesen 46,5 % allein 25,6 %, also mehr als die Hälfte, auf die beiden Wörter "bewußtseinsklar" und "orientiert" fielen, denen die Bewertungsklasse 2 ("Positiv wertend") zugeordnet worden war.

3.3 Rangfolge der Eigenschaftsbegriffe entsprechend ihrer Bewertung (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3)

3.3.1 Rangfolge entsprechend der Bewertung der Dimension "Sympathie"

Die 99 Eigenschaftsbegriffe der Liste wurden im nächsten Schritt in eine Rangfolge gebracht, die sich aus den verschiedenen Werten ergab, die ihnen für die Dimension "Sympathie" zugeordnet worden waren. Auf diese Weise ist es möglich, zu ermitteln, welche der Eigenschaftsbegriffe aus der Liste in Verbindung mit einer Person beim Hörer am stärksten das Gefühl der Sympathie bzw. der Antipathie hervorrufen, d.h. welche diese Person am sympathischsten und welche sie am unsympathischsten erscheinen lassen. Die Rangfolge beginnt mit den höchsten Bewertungen aus dem positiven Bereich ("sympathisch") und endet mit den höch-

sten Bewertungen aus dem negativen Bereich ("unsympathisch"), wobei die beiden Bereiche durch positive bzw. negative Vorzeichen gekennzeichnet sind (Tab. 7).

3.3.2 Rangfolge entsprechend der Bewertung der Dimension "Soziale Erwünschtheit"

Im folgenden wurden die Eigenschaftsbegriffe nach ihrem Punktwert in der Dimension der "Sozialen Erwünschtheit" geordnet. Die Rangfolge beginnt mit denjenigen Begriffen, die nach Ansicht der Bewerter am ehesten sozial erwünschte Eigenschaften bezeichnen, und endet mit denen, die in Verbindung mit einer Person eher sozial unerwünschte Eigenschaften repräsentieren (Tab. 8).

3.3.3 Rangfolge entsprechend der Bewertung der Dimension "Soziale Wertung"

Die Mittelwerte aus den Punktwerten für die Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" sollen als Maß der sozialen Wertung interpretiert werden (cf. 2.8); definitionsgemäß liegt dann eine hohe positive soziale Wertung bei einem Eigenschaftsbegriff vor, wenn dieser beim Hörer die Assoziation starker Sympathie gegenüber der bezeichneten Person hervorruft und gleichzeitig eine Eigenschaft oder Verhaltensweise benennt, die als sehr sozial erwünscht angesehen wird. Assoziierte Antipathie und soziale Unerwünschtheit sollen umgekehrt die Kriterien dafür sein, daß einem Eigenschaftsbegriff die Etikette "sozial abwertend" zugesprochen wird. Tab. 9 gibt die

Rangordnung der 99 Eigenschaftsbegriffe nach der Dimension "Soziale Wertung" wieder, beginnend mit den höchsten positiven Wertungen und endend mit den höchsten negativen Wertungen.

3.3.4 Vergleich der Rangfolgen "Sympathie", "Soziale Erwünschtheit" und "Soziale Wertung"

Besondere Beachtung verdienen die Eigenschaftsbegriffe, die den Bewertungsklassen 1 und 7 zugeordnet werden konnten.
Bei der Betrachtung der Begriffe der Wertungsklasse 1 fällt die zentrale Bedeutung der fünf Wörter "ausgeglichen", "aufgeschlossen", "intelligent", "freundlich" und "höflich" auf. In allen drei Listen besetzen sie - in unterschiedlicher Reihenfolge - die ersten fünf Ränge (cf. Tab. 10).
Wenn man davon ausgeht, daß "ausgeglichen" eher die Stimmungslage, "aufgeschlossen" und "intelligent" mehr die geistig-intellektuellen Bereiche und "freundlich" und "höflich" die Qualität des Sozialverhaltens einer Person beschreibt, läßt sich feststellen, daß

1. bei der Bewertung nach der Dimension "Sympathie" ein Begriff zur Bezeichnung der Stimmungslage,
2. bei der Bewertung nach der Dimension "Soziale Erwünschtheit" ein Begriff zur Bezeichnung der intellektuellen Funktion

den höchsten Punktwert erhielt. Auffällig ist die starke Konsistenz der ersten fünf bestbewerteten Eigenschaftsbegriffe über die Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit", wie aus der Berechnung der Differenzen zwischen den Rangplätzen in den genannten Dimensionen (Tab. 11) hervorgeht.

Bei den Eigenschaftsbegriffen der Bewertungsklasse 1 lag die mittlere Differenz zwischen den Rangplätzen für "Sympathie" und denen für "Soziale Erwünschtheit" bei 2,3 Rangplätzen. (Zugrundegelegt waren die absoluten Beträge der Rangdifferenzen.) Bei den fünf höchstbewerteten Begriffen lag diese mittlere Differenz nur bei 1,2 Rangplätzen.
Offenbar sind es dieselben fünf Begriffe, die sowohl die Assoziation der "Sympathie" wie die der "Sozialen Erwünschtheit" hervorrufen: Ausgeglichenheit und Aufgeschlossenheit wirken sympathisch auf die Bewertergruppe; gleichzeitig halten die Bewerter diese Eigenschaften für sehr sozial erwünscht; entsprechendes gilt für Intelligenz, Freundlichkeit und Höflichkeit. In diesem Zusammenhang sei an den aus der Sozialpsychologie bekannten "Halo-Effekt" (THORNDIKE 1920; cf. S. 48 dieser Arbeit) erinnert, demzufolge Gutachter sympathischen Probanden leichter positive, ihnen unsympathischen Personen eher negative Eigenschaften zuzuschreiben pflegen: positive Eigenschaften werden untereinander leichter assoziiert als positive Eigenschaften mit negativen.
Überraschend ist die hohe Bewertung der Intelligenz, sowohl in der Dimension der "Sympathie" als auch in der Dimension der "Sozialen Erwünschtheit": vierter bzw. erster Rang. Wenn es auch nicht zulässig ist, aus den hier aufgeführten Rangordnungen Rückschlüsse auf eine Norm- oder Wertehierarchie der Mitglieder der Bewertergruppe - Ärzte und Psychologen - zu ziehen, so scheint doch ihre Provenienz aus der oberen sozialen Mittelschicht maßgeblichen Einfluß auf die Resultate ihrer Einstufungen gehabt zu haben. Es ist zu diskutieren, ob auch für Angehörige der Unterschicht Intelligenz und Aufgeschlossenheit zu den sozial erwünschtesten Eigenschaften zählen und ob "ausgeglichene" und "aufgeschlossene" Per-

sonen gerade diejenigen sind, denen sie die größte Sympathie entgegenbringen. Dennoch werden diese Begriffe als diagnostische Kriterien in gleicher Weise auf Patienten der Mittelschicht und der Unterschicht angewendet. Die Analyse der Assoziationsstruktur dieser Begriffe zeigt, daß der Diagnostizierende mit ihnen ganz bestimmte Vorstellungen über ihren sozialen Wertungsgehalt verbindet; diese Vorstellungen haben jedoch ihre Wurzel in seiner schichtenspezifischen Sozialisation. Es kann von daher nicht ohne weiteres erwartet werden, daß sie sich mit denen von Angehörigen anderer sozialer Schichten decken.
Die mittlere Rangdifferenz (berechnet aus absoluten Beträgen) beträgt für die Eigenschaftsbegriffe der Bewertungsklasse 7 13,1 Rangplätze; sie liegt damit fast sechsmal höher als in der Bewertungsklasse 1.

Bei den Eigenschaftsbegriffen der Bewertungsklasse 7 ("Stark sozial abwertend") findet sich keine ähnlich hohe Übereinstimmung zwischen den Rangplätzen für die Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" wie bei den bestbewerteten Begriffen. In Tab. 11 sind, analog der Tab. 10, wieder die Rangdifferenzen berechnet.
Am auffälligsten ist die große Diskrepanz zwischen dem Sympathie-Wert und dem Erwünschtheits-Wert für das Wort "suizidal": 61. Rang bzw. 99. Rang. Obwohl die Bewertergruppe suizidalem Verhalten hinsichtlich der Sympathie oder Antipathie relativ indifferent gegenüberstand, hielt sie es doch im Durchschnitt für sozial äußerst unerwünscht, so daß dem Begriff "suizidal" der letzte Rang auf der Erwünschtheitsskala zufiel. Im gleichen Sinne differierten auch die Bewertungen der Begriffe "stuporös", "mutistisch" und "gestört", bei denen die Werte für die soziale

Erwünschtheit wesentlich ungünstiger ausfielen als die für die Dimension "Sympathie". Eine hohe Übereinstimmung fand sich demgegenüber bei "aggressiv", das auf die letzte (Sympathie) bzw. auf die vorletzte (Erwünschtheit) Position kam. Aggression wird also als unsympathisch und als unerwünscht empfunden. Ähnlich gute Übereinstimmungen lagen bei den Begriffen "negativistisch", "läppisch", "reizbar" und "gereizt" vor. Auch an dieser Stelle sei noch einmal hervorgehoben, daß alle Bewertungen von Angehörigen der oberen Mittelschicht stammen, deren schichtenspezifische Attitüden hierin ihren Ausdruck finden. Es kann an dieser Stelle nur auf die Problematik hingewiesen werden, die darin liegt, daß Mittelschichtangehörige suizidales und aggressives Verhalten als äußerst unerwünscht bezeichnen - gerade angesichts der großen Relevanz, die aggressivem Verhalten beispielsweise in unserer Gesellschaft zukommt.

3.4 Rangfolge der Eigenschaftsbegriffe entsprechend ihrer Bewertung (Häufigkeitsklassen 1 und 2)

Während den Rangfolgen des Kapitels 3.3 alle 99 bewerteten Eigenschaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3 - d.h. alle Begriffe, die mehr als einmal in den untersuchten Texten der Krankengeschichten vorkamen - zugrunde lagen, soll im folgenden eine Beschränkung auf die Häufigkeitsklassen 1 und 2 erfolgen. Die Rangordnungen nach den Dimensionen "Sympathie", "Soziale Erwünschtheit" und "Soziale Wertung" sind dabei in prinzipiell gleicher Weise wie in Kapitel 3.3 aufgebaut.

Dadurch, daß in die Listen nur Eigenschaftsbegriffe aufgenommen wurden, die mehr als zehnmal in den untersuchten Texten auftauchten, soll eine Konzentrierung auf die häufigsten Begriffe erreicht werden, da mit der Häufigkeit des Vorkommens die praktische Bedeutung eines Begriffes für den diagnostischen Prozeß steigen dürfte.
Wie aus Tab. 2 zu ersehen ist, gehören den Häufigkeitsklassen 1 und 2 insgesamt 24 Eigenschaftsbegriffe - entsprechend 11,1 % aller vorkommenden verschiedenen Begriffe (201) - an, wobei 2 Begriffe ("bewußtseinsklar" und "orientiert") auf die Häufigkeitsklasse 1 und 22 auf die Häufigkeitsklasse 2 entfallen. Diese 24 Eigenschaftsbegriffe repräsentieren jedoch bei der Summation ihrer Häufigkeiten 659 aller vorkommenden Begriffe, entsprechend 64,3 % der Gesamtzahl von 1039. Dabei entfallen wiederum 23,0 % auf die beiden Begriffe der Häufigkeitsklasse 1 und 41,3 % auf die Häufigkeitsklasse 2.
Tab. 13 zeigt die Rangordnung der 24 Eigenschaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1 und 2 nach der Dimension "Sympathie", Tab. 14 diejenige nach der Dimension "Soziale Erwünschtheit".
Wie in 3.3.3 lassen sich die Mittelwerte aus den Punktwerten für die Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" als Werte für die Dimension "Soziale Wertung" angeben und auflisten, diesmal in Beschränkung auf die Häufigkeitsklassen 1 und 2 (Tab. 15).
Von den 24 häufigsten Eigenschaftsbegriffen erhielt "freundlich" den ersten Rang in allen drei Bewertungsdimensionen: Freundlichkeit ist demnach sozial sehr erwünscht und wirkt gleichzeitig äußerst sympathisch. Unterschiedlich wurde dagegen der zweite

Rang besetzt: "gepflegt" in der Dimension "Sympathie", "orientiert" und "krankheitseinsichtig" in der Dimension der "Sozialen Erwünschtheit". Die hohe Bedeutung, die ein gepflegtes Auftreten für die Einschätzung der Sympathie bei den Mitgliedern der Bewertergruppe hat, verdeutlicht wieder einmal mehr, wie stark Einstellungen und Denkweisen der oberen Mittelschicht Eingang in die psychiatrisch-diagnostische Terminologie gefunden hat. Weiterhin fällt auf, daß die für den Psychodiagnostiker wichtigen Begriffe zur Beschreibung des Orientierungszustandes und zur Feststellung der Krankheitseinsicht auch von der Gesellschaft als "äußerst sozial erwünscht" angesehen werden sollen. Mit Sicherheit stellt der Faktor der Krankheitseinsicht für den Psychiater und Psychologen ein wichtigeres Beurteilungsmerkmal dar als für andere Personengruppen. Dem psychiatrisch Tätigen ist Krankheitseinsicht als Basis für eine erfolgreiche Therapie naturgemäß sehr erwünscht; es ist wahrscheinlich, daß Angehörige anderer gesellschaftlicher Gruppen andere Prioritäten für den Bereich der sozialen Erwünschtheit setzen würden. Die hohe Einschätzung des Begriffs "krankheitseinsichtig" in der Dimension der "Sozialen Erwünschtheit" demonstriert eindrucksvoll, wie dem spezifischen beruflichen Erfahrungshorizont entstammende Bewertungsmaßstäbe die Vorstellungen von dem prägen, was als sozial erwünscht oder unerwünscht angenommen wird.

4 INTERPRETATION UND DISKUSSION

4.1 Deutung der Ergebnisse

Die Aussagen, die sich den im vorigen Abschnitt dargestellten Ergebnissen, entnehmen lassen, sollen hier noch einmal zusammengefaßt werden:

1. Von den 99 untersuchten Eigenschaftsbegriffen wurde weitaus der größte Teil - 91,9 % - als "sozial wertend" empfunden.
2. Das gleiche gilt für die Summe der Häufigkeiten aller untersuchten Eigenschaftsbegriffe (Gesamtzahl: 936): von ihnen wurden 93,6 % als "sozial wertend" angesehen.
3. Bei den 99 Eigenschaftsbegriffen überwog die Anzahl derjenigen, die eher als "sozial abwertend" bezeichnet wurden mit 63,6 % über die als "sozial positiv wertend" empfundenen (28,3 %).
4. Beim Vergleich der Summe der Häufigkeiten aller positiv bewerteten und aller negativ bewerteten Eigenschaftsbegriffe fand sich ein leichtes Übergewicht der letzteren (46,5 % versus 47,1 %). Die Diskrepanz zu den Ergebnissen in Punkt 3 erklärt sich aus der großen Häufigkeit zweier positiv bewerteter Begriffe ("bewußtseinsklar" und "orientiert"; cf. 3.4).

Damit konnten die Hypothese 1 und die Hypothese 2 (1.7) nicht falsifiziert werden: sie können somit zunächst bestehen bleiben.

Um möglichen Mißverständnissen vorzubeugen, sei ausdrücklich darauf hingewiesen, daß diese Aussagen nur für das gelten, was tatsächlich untersucht wurde: für die Eigenschaftsbegriffe in der Form, wie sie den Mitgliedern der Bewertergruppe zur Bewertung vorgelegt wurden. Sie beziehen sich daher nicht:

1. auf das gesamte psychiatrische Vokabular;
2. auf das Verhältnis des jeweiligen Arztes zu dem Patienten, aus dessen Krankengeschichte die Eigenschaftsbegriffe entnommen wurden;
3. auf die Qualität der jeweiligen Krankengeschichte, der bestimmte Eigenschaftsbegriffe entnommen wurden;
4. auf den Sinnzusammenhang, innerhalb dessen bestimmte Eigenschaftsbegriffe im Rahmen der Krankengeschichten verwendet wurden.

Es wird also nicht der Anspruch erhoben, globale Aussagen über psychiatrisches Vokabular zu machen oder eine Analyse des Arzt-Patient-Verhältnisses in der Psychiatrie vorzulegen; es wurde im Gegenteil versucht, einen umgrenzten Anteil aus diesen Problembereichen zu isolieren und gezielt zu behandeln. Indessen ist dieser umschriebene Aspekt nach Ansicht des Verfassers nicht gering einzuschätzen, wird doch auf diese Weise die Existenz solcher Eigenschaftsbegriffe in einer begrenzten Anzahl psychiatrischer Krankengeschichten belegt, die auf definierte Fragestellungen hin als sozial positiv wertend oder als sozial abwertend empfunden werden.

Noch einmal sei darauf hingewiesen, daß zwei methodische Schritte artifiziell eingeführt wurden:

1. Die Bildung des Begriffes "Soziale Wertung"; diese operationale Definition allein kann die Basis für irgendwelche Aussagen im Rahmen dieser Arbeit sein;
2. die Einteilung der Eigenschaftsbegriffe anhand der Punktwerte für die Dimension "Soziale Wertung" in sieben "Bewertungsklassen" sowie die daraus abgeleitete Einteilung in sozial wertende und in sozial nicht wertende Eigenschaftsbegriffe. Unter Verzicht auf diese Einteilungen wäre anhand der gewonnenen Punktwerte jedoch eine Unterscheidung von positiv bewerteten und negativ bewerteten Eigenschaftsbegriffen über ihre Vorzeichen möglich gewesen. Die Kategorie "nicht wertend" wäre somit nicht besetzt worden, da in sie nur Eigenschaftsbegriffe mit dem Punktwert -0 gefallen wären, die jedoch nicht vorkamen. Aus Gründen der besseren Darstellbarkeit und grösseren Anschaulichkeit wurden die Eigenschaftsbegriffe mit den geringsten Werten in der positiven und in der negativen Ausprägung zur Gruppe der "nicht oder kaum wertenden Eigenschaftsbegriffe" zusammengefaßt.

Die Erstellung von Rangordnungen der Eigenschaftsbegriffe nach den verschiedenen Dimensionen eröffnete die Möglichkeit, die Eigenschaftsbegriffe im Hinblick auf ihren Wertungsgehalt zu vergleichen und extreme Ausprägungen besser zu veranschaulichen. Die Betrachtung der jeweils ersten Rangplätze (cf. 3.3.4 und 3.6) läßt folgende Interpretationsmöglichkeiten zu (wobei es sich allerdings nicht wie bei der Stellungnahme zu den Hypothesen um empirisch gesicherte Aussagen handelt):

1. Die Rangordnungsskala der Eigenschaftsbegriffe spiegelt Einstellungen und Wertvorstellungen wider, die für Angehörige der oberen sozialen Mittelschicht typisch sind; dies wird deutlich:
   a) an der hohen Bewertung der Intelligenz: das Wort "intelligent" erreichte bei der Rangordnung der Eigenschaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3 nach der Dimension "Soziale Erwünschtheit" den ersten, nach der Dimension "Sympathie" den vierten Rang; Ähnliches gilt für das Wort "aufgeschlossen": es kam bei der gleichen Rangordnung auf den zweiten Rang, sowohl in der Dimension "Sympathie" als auch in der Dimension "Soziale Erwünschtheit";
   b) an der hohen Bewertung bestimmter mittelschicht-typischer gesellschaftlicher Umgangsweisen und Verhaltenserwartungen wie Höflichkeit, Freundlichkeit und gepflegtem Äußeren.
   Auffällig ist vor allem, daß bei der Rangordnung der 24 häufigsten Eigenschaftsbegriffe "gepflegt" in der Dimension der "Sympathie" auf den zweiten Rang - direkt nach "freundlich" kam.
2. Die Rangordnungsskala der Eigenschaftsbegriffe spiegelt Wertvorstellungen wider, die auf die spezifische berufliche Sozialisation der Mitglieder der Bewertergruppe - Ärzte und Psychologen - zurückzuführen sind; als Beispiel sei die hohe Bewertung der Wörter "krankheitseinsichtig" und "orientiert" in der Dimension der "Sozialen Erwünschtheit" (Rangordnung für Eigen-

schaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1 und 2) zu nennen: beide erhielten hier den zweiten Rang (nach "freundlich"): die Bewerter nehmen also z.B. an, die Krankheitseinsicht sei ein gesellschaftlich äußerst erwünschtes Phänomen - was zwar grundsätzlich richtig sein dürfte, doch bleibt fraglich, ob Angehörige nichtklinischer Berufe die Prioritäten ebenso gesetzt hätten.

Wie schon angedeutet, müssen beide Feststellungen jedoch mit äußerster Vorsicht vorgetragen werden, da ihnen der empirische Nachweis noch fehlt. Eine wissenschaftliche Überprüfung würde im ersten Falle eine parallele Bewertung der gleichen Eigenschaftsliste durch Angehörige der sozialen Unterschicht, im zweiten Falle durch Angehörige einer akademischen, nicht dem klinischen Bereich zugehörigen Berufsgruppe erfordern.

4.2 Reflexion und Schlußfolgerungen

Einwände gegen die Grundkonzeption dieser Arbeit könnten etwa folgendermaßen lauten:

1. Die Eigenschaftsbegriffe seien aus ihrem kontextuellen Zusammenhang herausgelöst und in einen gänzlich anderen hineingestellt worden, nämlich jenen imaginierten Zusammenhang, anhand dessen die Bewertung der Begriffe durch die Bewertergruppe vorgenommen wurde; damit sei ein völlig anderer Bedeutungsgehalt des Eigenschaftsbegriffes bewertet worden als der, der ihm aufgrund seiner Position im Kontext zukomme.

2. Die Eigenschaftsbegriffe seien in der Fragestellung, die für die Bewertung durch die Bewertergruppe maßgebend war, durchweg auf eine Person in ihrer Gesamtheit bezogen gewesen, während sie im Kontext der Krankengeschichten teils ausdrücklich (d.h. in der sog. indirekten-adjektivischen Verwendung; vf. 2.4), im übrigen aber zwar nicht ausdrücklich, doch der Intention des jeweiligen Autors nach nicht auf die Person des Patienten, sondern auf ein bestimmtes psychopathologisches Merkmal zu beziehen seien: "Zerfahrenheit" einer Person sei beispielsweise nicht das gleiche wie "zerfahrenes Denken".
3. Während die Eigenschaftsbegriffe in den Texten der Krankengeschichten in fachsprachlicher Verwendung vorkämen und bestimmte Ausprägungen psychopathologisch relevanter Merkmale bezeichneten, sei die Verwendung in der Fragestellung an die Bewertergruppe eindeutig umgangssprachlich. Fachspezifischer und umgangssprachlicher Gebrauch könne nicht gleichgesetzt werden; vor allem könne die Schlußfolgerung nicht gezogen werden, der diagnostisch tätige Psychiater empfinde bei der Niederschrift eines der fraglichen Eigenschaftsbegriffe im Rahmen der Abfassung einer Krankengeschichte gegenüber einem Patienten den gleichen Grad an Sympathie oder Antipathie, den er einer Person gegenüber in einer Alltagssituation bei Nennung dieses Begriffes empfinden würde.

Alle drei Einwände, von denen besonders der erste und letzte in engem Zusammenhang stehen, sind zunächst

sachlich richtig, wenn auch im letzteren Falle Zweifel an der Berechtigung einer strikten Trennung zwischen fachsprachlicher und umgangssprachlicher Verwendung des gleichen Eigenschaftsbegriffes aufkommen. Eine Stellungnahme liefe auf die Fragestellung hinaus, ob der Psychiater für den privaten Bedarf andere Bewertungskriterien verwendet als für den beruflichen Bereich - was einer "doppelten Buchführung" gleichkäme - und, wenn ja, in welchem Maße und in welcher Hinsicht sich beide Bewertungsskalen unterscheiden.
Wenn man einmal annimmt, die Einwände seien sachlich richtig, so gehen sie doch an der Grundintention dieser Arbeit vorbei. Es geht eben n i c h t darum, den Sinn eines Eigenschaftsbegriffes an einer bestimmten Textstelle der Krankengeschichte, d.h. seine "referentielle Bedeutung" (cf. 1.6), zu bewerten, sondern von Interesse ist seine "assoziative Bedeutung" und, eng verwandt mit dieser, seine "affektive" oder "emotive" Bedeutung. Untersucht werden sollte die Assoziationsstruktur, die - weitgehend den Benutzern unbewußt - jedem sprachlichen Begriff anhaftet.
Es leuchtet ein, daß Assoziationsstrukturen, besonders wenn sie unbewußt bleiben, in nicht geringem Maße Einstellungen (Attitüden) gegenüber Personen und Verhaltensweisen prägen. Man wird annehmen müssen, daß Eigenschaftsbegriffe, deren Assoziationsstruktur sich als "sozial abwertend" beschreiben läßt, die Beziehung zwischen zwei Personen im Sinne einer Vergrößerung der sozialen Distanz (cf. 1.3) beeinflußt. Eine geringe soziale Distanz ist demgegenüber, wie in 1.3 dargelegt, die Voraussetzung für ein gegenseitiges Verstehen zwischen zwei oder

mehreren Personen, im Falle der Arzt-Patient-Beziehung die Basis einer erfolgreichen Therapie.

Wenn nun im Falle der Schizophrenie die Möglichkeiten des Verstehens zwischen Arzt und Patient allein durch die krankheitsbedingte Reduktion der Kommunikation eingeschränkt ist, muß sich eine weitere Verstärkung der sozialen Distanz durch die Anwendung eines in seiner Assoziationsstruktur überwiegend sozial abwertenden diagnostischen Vokabulars für das gegenseitige Verstehen deletär auswirken.
Noch komplizierter werden die Verhältnisse, wenn im Rahmen des diagnostischen Prozesses als Patient ein Angehöriger der sozialen Unterschicht mit dem der oberen Mittelschicht angehörenden Arzt in Kommunikation tritt. Zu der durch die unterschiedliche schichtenspezifische Sprachsozialisation (cf. 1.3) bedingten sozialen Distanz kommt noch hinzu, daß auf den Patienten ein psychiatrisch-diagnostisches Vokabular angewendet wird, das offensichtlich dem Vorstellungs- und Wertebereich der Mittelschicht entnommen ist - was die soziale Distanz noch einmal vergrößern muß. Somit lassen sich insgesamt vier Quellen nennen, die für eine ungünstige Beeinflussung des Diagnoseprozesses bei einem schizophrenen Patienten der sozialen Unterschicht im Sinne einer Vergrößerung der sozialen Distanz verantwortlich sind:

1. die soziale Distanz zwischen Arzt und Patient, die durch das Krankheitsbild selbst hervorgerufen ist;
2. die soziale Distanz, die auf die unterschiedliche schichtenspezifische Sprachsozialisation zurückzuführen ist;
3. die soziale Distanz, die sich durch die Existenz eines diagnostischen Vokabulars erklären läßt, dessen Assoziationsstruktur überwiegend sozial abwertende Züge trägt;
4. die soziale Distanz, die auf die Existenz eines diagnostischen Vokabulars zurückzuführen ist, das offensichtlich an der Vorstellungswelt der Mittelschicht orientiert ist.

Grundsätzlich ist andererseits auch die Möglichkeit zu denken, daß gerade durch die Formulierung eines sozial abwertenden

Begriffes aus der Alltagssprache dem Arzt bewußt wird, welche fatalen Konsequenzen dem Patienten durch den unerwünschten Charakter seines Verhaltens selbst erwachsen - daß die Begriffe, indem sie das Verhalten als ebenso abwertend bezeichnen, wie es weithin auch empfunden wird, in Verbindung mit dem ärztlichen Berufsethos, Hilfe zu leisten, nicht nur eine Minderung der Distanz zum Patienten, sondern über eine gewisse Solidarisierung sogar eine verstärkte Zuwendung bewirken. Unabhängig von der Problematik der Persönlichkeitsfaktoren des Arztes muß dann aber gefragt werden, ob derartig reflexionsvermittelte Reaktionsweisen, von Einzelfällen abgesehen, in der täglichen Berufsroutine vorausgesetzt werden können. Jedenfalls bleibt das Ausmaß des distanzmehrenden sowie des distanzmindernden Effekts sozial abwertender diagnostischer Begriffe so lange im Bereich der Spekulation, wie eine exakte psycho- und soziometrische Erfassung der individuellen Reaktion des Arztes fehlt. Hier ergeben sich Arbeitsfelder künftiger Forschung im Hinblick auf das Arzt-Patient-Verhältnis.

4.3 Der psychopathologische Stellenwert der untersuchten Eigenschaftsbegriffe

Eine Aufschlüsselung der untersuchten Eigenschaftsbegriffe nach ihrem Stellenwert in der psychopathologischen Symptomenlehre und eine Zuordnung zu den psychodiagnostischen Merkmalen, als deren Ausprägungen sie in der Psychiatrie verstanden werden, läßt erkennen, daß der Anteil stärker bzw. schwächer sozial positiv bzw. negativ wertender Eigenschaftsbegriffe zur Beschreibung der einzelnen Merkmale durchaus unterschiedlich hoch ist. Die 99 Eigenschaftsbegriffe ließen sich folgenden psychopathologischen Merkmalen zuordnen:

1. Bewußtseins- und Orientierungszustand,
2. Antrieb und Motorik,
3. Aufmerksamkeit und Konzentration,
4. Redeweise,
5. Gedankengang (Denken),
6. Intelligenz,
7. Stimmung, Affekt,
8. Sozialverhalten.

4.3.1 Eigenschaftsbegriffe, die den Bewußtseins- und Orientierungszustand beschreiben

Bewußtsein bedeutet nach WEITBRECHT (1973,49) "nicht eine besondere psychische Funktion oder Leistung, sondern die allen Arten und Grundeigenschaften seelischen Erlebens normalerweise zukommende Qualität, daß man grundsätzlich um dieses jeweilige seelische Geschehen wissen kann und im Augenblick auch darum weiß. Am einfachsten sind deshalb diejenigen Störungen des Bewußtseins zu verstehen, welche dieses Wissen beeinträchtigen." Über die Orientierung schreibt BLEULER (1969,57):

"Gegenwärtige und frühere Wahrnehmungen setzen sich zusammen zur Orientierung in Ort und Zeit, so daß man beständig mehr oder weniger bewußt damit rechnet, an einem bestimmten Ort und in einem bestimmten Zeitpunkt zu sein und seine Erinnerung an diese Daten knüpft. Die Orientierung ist selbstverständlich abhängig vom Gedächtnis (...), von den Wahrnehmungen (...) und von der Aufmerksamkeit; aber wie der Pathologe zeigt, gibt es außerdem noch eine relativ selbständige Orientierungsfunktion, deren Störungen nicht proportional den Störungen anderer Funktionen zu sein brauchen.
Etwas anderes ist die Orientierung in der Situation, die uns sagt, warum wir an einem bestimmten Ort sind, in welchem Verhältnis wir zu den Menschen stehen usw.. Diese ist, soweit sie auf dem Verständnis komplizierter Verhältnisse beruht, eine Funktion der Überlegung.
Die Orientierung über die eigene Person ist dem Gesunden im wachen Zustand besonders selbstverständlich: er weiß, wer er ist, kennt sein Herkommen und empfindet seine Vergangenheit und sein jetziges inneres Leben als ihm zugehörig."

Die Klärung des Bewußtseins- und Orientierungszustandes einer Person ist von zentraler Bedeutung bei der Unterscheidung zwischen exogenen und endogenen Psychosen. Gestörte Orientierung in Ort und

Zeit bis zur Desorientiertheit ist ein wichtiger Hinweis auf die organische Genese einer Geisteskrankheit. Demgegenüber ist bei Schizophrenien allenfalls die Orientierung in bezug auf ihre eigene Person gestört; die Orientierung in Ort und Zeit ist in der Regel erhalten, wenn sie nicht sekundär durch Wahnideen, Halluzinationen und Illusionen beeinträchtigt wird (BLEULER 1969,58). Als Kriterien für die Bewußtseins- und Orientierungsstörung gelten vor allem die Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit (die "Schwerbesinnlichkeit") (HUBER 1974,43).
Aus der Wichtigkeit ihrer Funktion erklärt sich das häufige Auftreten der Eigenschaftsbegriffe "bewußtseinsklar" und "orientiert" in den untersuchten Texten der Krankengeschichten. Tab. 17 gibt die Rangordnung der Eigenschaftsbegriffe nach der Dimension "Soziale Wertung" wieder, die zur Beschreibung des Bewußtseins- und Orientierungszustandes verwendet werden.
Bei fünf der 10 aufgeführten Eigenschaftsbegriffe (= 50 %) überwiegt die indirekt-adjektivische Verwendungsweise - ein deutlich höherer Anteil als bei der Gesamtheit der 99 Eigenschaftsbegriffe, wo nur bei 14 (= 14,1 %) diese Verwendungsweise überwiegt. Umgekehrt formuliert, ist bei den Eigenschaftsbegriffen zur Beschreibung des Bewußtseins- und Orientierungszustandes der Anteil der direkt auf die Person des Patienten bezogenen Eigenschaftsbegriffe relativ niedriger als bei der Gesamtheit der untersuchten Begriffe. Tab. 18 gliedert die 10 Wörter der Tab. 17 noch einmal unter Einbeziehung dieser Gesichtspunkte, wobei als Unterscheidungskriterien gelten:

1. positiver oder negativer Punktwert für die Dimension "Soziale Wertung";
2. häufigeres (mehr als 10mal) oder weniger häufiges (2mal bis 10mal) Vorkommen der Eigenschaftsbegriffe;
3. vorwiegend direkt-adjektivische oder indirekt-adjektivische Verwendung der Eigenschaftsbegriffe.

10 Eigenschaftsbegriffe (der untersuchten 99) dienen zur Beschreibung des Bewußtseins- und Orientierungszustandes; ihre Häufigkeiten betragen zusammen 271. Die durchschnittliche "Soziale Wertung" liegt mit $\overset{+}{-}$0.0 deutlich über dem Durchschnitt aller untersuchten Eigenschaftsbegriffe (0.70).
Zusammenfassend läßt sich über die Eigenschaftsbegriffe zur Beschreibung des Bewußtseins- und Orientierungszustandes sagen:

1. Ihre durchschnittliche "Soziale Wertung" ist mit 0.0 positiver als der Durchschnitt der Gesamtheit.
2. Sie werden häufiger als die übrigen Eigenschaftsbegriffe in indirekter adjektivischer und seltener in direkter adjektivischer Verwendung angetroffen.
3. Bei den extremen Ausprägungen der Begriffe "gestört" und "ungestört" (Tab. 17) ist zu berücksichtigen (cf. Tab. 18), daß sie
   a) vorwiegend in indirekter Verwendung vorkommen;
   b) zu den weniger häufigen Begriffen rechnen.
   Praktisch wichtiger sind demnach die Wörter "bewußtseinsklar" und "orientiert" als Vertreter der

positiven, und evtl. "desorientiert" - das allerdings nur 4mal vorkam - als Vertreter der negativen sozialen Wertung.

4. Häufiger vorkommende und gleichzeitig vorwiegend direkt verwendete abwertende Eigenschaftsbegriffe, die also unter dem Aspekt einer Beurteilung des psychiatrischen Vokabulars im Hinblick auf soziale Wertungen als Abwertungen die größte praktische Relevanz haben, liegen in dieser Gruppe nicht vor. Hervorzuheben ist andererseits der positive Wertungsgehalt der häufigen Begriffe "bewußtseinsklar" und "orientiert".

4.3.2 Eigenschaftsbegriffe, die Antrieb und Motorik beschreiben

Antrieb ist "die vom Willen weitgehend unabhängig wirkende belebende Kraft (Psychokinetische Energie), die die Bewegung aller seelischen Leistungen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer bewirkt. So unterhält der Antrieb 'Lebendigkeit', Schwung, Initiative, Zuwendung, Aufmerksamkeit, Reichtum und Beweglichkeit an Interessen, Zielstrebigkeit, Tatkraft, 'Unternehmungsgeist'. Der Antrieb wird in erster Linie erkennbar am Ausdrucksverhalten, an der Psychomotorik." (AMP-MANUAL 1971,68) Störungen des Antriebs und der Motorik werden als katatone Symptome bezeichnet und finden sich insbesondere bei katatonen Formen der Schizophrenie. Das AMP-Manual (1971,68) gibt folgende Begriffe zur Kennzeichnung psychomotorischer Störungen an:

"antriebsarm"	"negativistisch"
"antriebsgehemmt"	"manieriert"
"stuporös"	"Sprachzerfall/Neologismen"
"mutistisch"	"logorrhoisch"
"antriebsgesteigert"	"Automatismen"
"motorisch unruhig"	"Befehlsautomatie und Echo-Symptome"
"Parkinesen/ Stereotypien"	

Bezüglich des sachlichen Inhalts dieser Begriffe sei auf die Definitionen von SCHARFETTER im AMP-Manual (1971,68) verwiesen.
Die Tabellen 18 und 19 führen diejenigen Eigenschaftsbegriffe auf, die von den 99 untersuchten Begriffen zur Beschreibung von Antrieb und Motorik dienen.
Die Häufigkeiten der 18 Eigenschaftsbegriffe zur Kennzeichnung von Antrieb und Motorik betragen insgesamt 141. Die durchschnittliche "Soziale Wertung" liegt mit -1.45 deutlich schlechter als der Durchschnitt aller Begriffe (-0.70). Nur bei 2 Eigenschaftsbegriffen überwiegt die indirekt-adjektivische Verwendungsweise.
Die Eigenschaftsbegriffe zur Beschreibung von Antrieb und Motorik wurden überwiegend (83,3 %) bei der Bewertung mit negativem Vorzeichen versehen. Auffällig ist die stark negative Bewertung der psychiatrischen Fachbegriffe "negativistisch", "stuporös" und "mutistisch", wobei jedoch die Punktwerte der Dimension "Soziale Wertung" für "stuporös" (-3.1) und "mutistisch" (-3.0) vor allem zu Lasten der Dimension "Soziale Erwünschtheit" (96. bzw. 91. Rang) gingen, während die Begriffe in der Dimension "Sympathie" doch immerhin beide auf den 74. Rang kamen. Praktisch wichtiger, weil häufiger, sind die drei der Bewertungsklasse 6 ("Sozial abwertend") zuzurechnenden Begriffe "gespannt", "manieriert" und "unruhig".

Der Begriff "manieriert" soll einmal herausgegriffen werden. Nach SCHULTE und TÖLLE (1975,170) bezeichnet man als Maniertheit oder Manierismen "gewisse Posen, die manche Schizophrene immer wieder oder auch anhaltend einnehmen. So imitieren sie etwa eine bestimmte Persönlichkeit, oder sie zeigen den Ausdruck der Arroganz oder Blasiertheit". An anderer Stelle schreiben die Autoren (1975,163):

"Die Manieriertheit der schizophrenen Sprache äußert sich in unnatürlicher Sprechtechnik mit übersorgfältiger, spitzer, gezierter Artikulation, "gespreizter" Ausdrucksweise, verschrobener Wortwahl und überall dort, wo heute noch Dialekt gesprochen wird, dem krampfhaft wirkenden Bemühen, exaktes Schriftdeutsch zu reden."

Das AMP-Manual (1971,70) definiert "manieriert" folgendermaßen:

"Einfache Dinge des Alltags werden (in Bewegungen, Handlungen, Gestik, Mimik, Sprache) verstiegen und verschroben, manchmal mit einer ausgesprochen spielerischen Note, ausgeführt."

Aus den Zitaten geht hervor, um welch komplexe psycho-motorische Störung es sich bei dem Bild handelt, das durch das Wort "manieriert" umschrieben sein soll. Der erfahrene Psychiater wird möglicherweise hervorheben, daß es kaum einen Ausdruck gebe, der den fraglichen Zustand treffender benennen könnte. Auf der anderen Seite ist die Assoziationsstruktur dieses Begriffes durch verschiedenste, dem nicht-psychiatrischen Bereich entstammende Bedeutungsnuancen geprägt, deren Erörterung den hier gesteckten Rahmen sprengen würde. Zumindest stört die Viel-

falt der Assoziationen die Eindeutigkeit dessen, was mit dem Begriff gemeint sein soll; wie wenig eindeutig er ist, beweist die Unterschiedlichkeit der vielen Definitionsversuche. Anliegen dieser Arbeit ist jedoch lediglich, darauf aufmerksam zu machen, welche Verantwortung dem Diagnostiker obliegt, wenn er diesen Begriff verwendet, der immerhin zur Gruppe der "sozial abwertenden" Eigenschaftsbegriffe (Bewertungsklasse 6) gehört.

4.3.3 Eigenschaftsbegriffe, die das Denken beschreiben

"Denken heißt sich Offenhalten für Fragen, Vernehmen, Auffassen, Vergegenwärtigen, sinngebendes, Bedeutungen verstehendes, auch ursächlich erklärendes Verbinden und handlungsvorbereitendes Überlegen, Entscheiden, Urteilen - kurz, das Ordnen der (materiellen und immateriellen) Gegebenheiten unser selbst und unserer Welt." (SCHARFETTER 1976,98)

Unter den Grundsymptomen einer schizophrenen Erkrankung im Sinne von E. BLEULER stehen die Störungen des Denkens an erster Stelle. Bei BLEULER (1969,39) findet sich folgendes Schema, das die klinisch bedeutsamen Denkstörungen "anschaulich - aber grob vereinfacht -" aufzählt:

"1. Formale Denkstörungen: Sie sind hauptsächlich durch die Art des Denkens (und nicht durch den Denk-Inhalt) charakterisiert und betreffen das gesamte Denken. Es handelt sich um
ein "zu viel":
ideenflüchtiges Denken (in manischen Zuständen)
oder ein "zu wenig":
gehemmtes Denken (in depressiven Zuständen)
verarmtes Denken (bei diffusen chronischen Hirnkrankheiten)
abstraktionsarmes, zu sinnesnahes Denken (bei Schwachsinn)

oder ein "anders":
zerfahrenes Denken (bei Schizophrenie)
unzusammenhängendes Denken (bei verschiedenen akuten Störungen).

2. Inhaltliche Denkstörungen: Das Denken ist im allgemeinen normal, jedoch werden in bezug auf einzelne Themen in krankhafter Weise falsche Schlußfolgerungen gezogen. Klinisch bedeutsam sind einzig die Wahnideen.
3. Vorwiegend subjektive Störungen im Denken: Der Kranke denkt objektiv gesehen richtig, doch leidet er beim Denken. Die klinisch wichtige Form ist das Zwangsdenken: Der Kranke muß sich Gedanken machen, die er selbst als unnötig, störend oder sogar als unsinnig und quälend empfindet."

Das AMP-Manual gibt zur Kennzeichnung von Denkstörungen diese Begriffe an:

Formale Denkstörungen

"gehemmt"
"gesperrt"
"verlangsamt"
"eingeengt"
"umständlich"
"perseverierend"
"beschleunigt/ideenflüchtig"
"Vorbeireden"
"inkohärent/zerfahren"
"Gedankenabreißen"
andere Denkstörungen

Überwertige Ideen, Zwänge, Phobien

"Hypochondrie"
"Überwertige Ideen"
"Zwangssymptome"
"Zwangsdenken"
"Zwangsimpulse"
"Zwangshandlungen"
"Phobien"
andere Störungen

Wahn

"Wahnstimmung"
"Wahnwahrnehmung"
"Wahneinfall/Wahngedanken"
"Wahndynamik"
"Systematisierter Wahn"
"Schuldwahn"
"Hypochondrischer Wahn"
"Verarmungswahn"
"Größenwahn"
"Beziehungswahn"
"Liebeswahn"
"Religiöser Wahn"
"Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn"
"Querulantenwahn"
"Eifersuchtswahn"
"Nihilistischer Wahn"

Nach dem Aspekt ihrer sozialen Wertung werden die in den untersuchten Krankengeschichten gefundenen Eigenschaftsbegriffe in den Tabellen 19 und 20 analog zu den Kapiteln 4.3.1 und 4.3.2 aufgelistet.

Die durchschnittliche "Soziale Wertung" der Eigenschaftsbegriffe zur Beschreibung des Denkens liegt mit -0.4 knapp über dem Durchschnitt aller untersuchten Eigenschaftsbegriffe. Nur das Wort "inkohärent" kam vorwiegend in indirekt-adjektivischer Verwendung vor; alle anderen Begriffe waren grammatisch auf die bezeichnete Person selbst bezogen. Aus der Gruppe der häufigeren Eigenschaftsbegriffe zur Bezeichnung des Denkens mit negativer Bewertung imponierte das Wort "zerfahren", das von der Bewertergruppe der Klasse 7 - "stark sozial abwertend" - zugewiesen worden war.

"Bei der Denkdissoziation" (Zerfahrenheit) ist für den Untersucher der Zusammenhang eines Gedankens mit dem vorhergehenden nicht mehr nachvollziehbar. Während beim flüchtigen Denken (...) die assoziativen Brücken noch erkennbar sind, steht hier ein Gedanke beziehungslos neben dem anderen. Bei leichteren Graden sind zwar die einzelnen Sätze in sich noch sinnvoll, hängen aber nicht mehr miteinander zusammen; bei stärkster Ausprägung geht auch der Zusammenhang innerhalb des Satzes verloren, und es kommt zu einer sinnlosen Aneinanderreihung von Worten ("Wortsalat"). Der Denkdissoziation, die von einer einfachen Lockerung mit Auslassung von Zwischengliedern über den Abbruch begonnener Gedankenketten und das Abgleiten auf andere bis zum völligen Zerfall des Denkzusammenhangs reicht, entspricht die mehr oder weniger weitgehende Zusammenhanglosigkeit der sprachlichen Äußerungen." (HUBER 1974,149)

4.3.4 Eigenschaftsbegriffe, die Stimmungslage und Affekt beschreiben

"Im Begriff der 'Affektivität' fassen wir das Gefühls- und Gemütsleben, die Affekte, die Stimmungen, die Emotionen und die Triebhaftigkeit zusammen. Erleben von Lust und Unlust, Freude, Trauer, Zorn sind Aspekte der Affektivität ebenso wie die Gefühle, die uns beim Verkehr mit anderen Menschen beherrschen: Liebe, Ehrfurcht, Haß, Verachtung in ihren mannigfachen Tönungen." (BLEULER 1969,58)

In dem Abschnitt "Verstimmungen, Gefühlsstörungen" finden sich im AMP-Bogen die folgenden Bezeichnungen:

"ratlos"
"gefühlsverarmt/affektarm"
"Gefühl der Gefühllosigkeit"
"Störung der Vitalgefühle"
"deprimiert/traurig"
"hoffnungslos/verzweifelt"
"ängstlich"
"gehoben/euphorisch"
"mürrisch gereizt/dysphorisch"
"mißtrauisch/feindselig"
"gespannt"
"innerlich unruhig"
"klagsam/jammerig"
"läppisch"
"ekstatisch/verzückt"
"Insuffizienzgefühl"
"gesteigertes Selbstwertgefühl"
"Schuldgefühl"
"Verarmungsgefühl"
"ambivalent"
"affektiv inadäquat"
"affektlabil"
"affektinkontinent"
"Affektstarre/Affektsteife"
Andere Verstimmungen, Gefühlsstörungen:
"Affekttenazität"

Die Tabellen 23 und 24 ordnen die in den Krankengeschichten gefundenen Eigenschaftsbegriffe zur Beschreibung von Stimmungslage und Affekt nach dem Gesichtspunkt der sozialen Wertung.
Von den häufigeren Eigenschaftsbegriffen mit negativem Vorzeichen in der Dimension "Soziale Wertung" ist besonders auf die Wörter "läppisch" und "gereizt"

hinzuweisen, die aufgrund ihrer Assoziationsstruktur zu den "sozial stark abwertenden" Eigenschaftsbegriffen (Bewertungsklasse 7) zählen. "Läppisches" Verhalten wird in der psychiatrischen Literatur üblicherweise als Bestandteil der Symptomatik der hebephrenen Form einer Schizophrenie genannt:

"Die Bezeichnung 'hebephren' beinhaltet einerseits eine bestimmte Symptomatik, vor allem eine läppische Gestimmtheit, affektive Verflachung und Enthemmung, andererseits einen bestimmten Verlaufstyp: Beginn der schizophrenen Krankheit im Jugendalter und eine in der Mehrzahl der Fälle ungünstige Prognose. Wenn eine Schizophrenie mit der läppischen 'hebephrenen' Symptomatik begonnen hat, können im weiteren Verlauf alle übrigen Symptome auftreten; die Prognose ist also nicht in jedem Fall schlecht. Läppisch-hebephrene Zustände treten nicht nur bei Jugendlichen auf, sondern auch bei älteren Kranken, da allerdings seltener." (SCHULTE/TÖLLE 1975,173)

Was "läppisches" Verhalten genau ist, wird von den meisten Autoren jedoch nicht definiert, gelegentlich angedeutet:

"Die hebephren-einfache Form ist durch den frühen Beginn in und nach der Pubertät und symptomatologisch durch die Trias Affekt-, Denk- und Aktivitätsstörung in Verbindung mit einer heiter-läppischen Gestimmtheit und Ausdrucksstörungen gekennzeichnet. Dieses im engeren Sinne hebephrene, durch die Ähnlichkeit mit Zügen des Flegel- und Backfischalters bestimmte Kolorit ist, analog dem paranoiden und katatonen Syndrom, den produktiv-psychotischen, grundsätzlich reversiblen Symptomen zuzurechnen; es kann im weiteren Verlauf zugunsten anderer schizophrener Syndrome zurücktreten und verschwinden." (HUBER 1974,168)

Bei WEITBRECHT (1968,343) taucht es zur Beschreibung der Hebephrenie neben einigen anderen Eigenschaftsbegriffen auf: "Versponnen, immer mehr realitätsab-

gewandt, autistisch, läppisch oder arrogant oder resonanzlos depressiv ohne affektive Wärme, ängstlich oder expansiv verstiegen, versagen nicht selten Musterkinder binnen kurzem völlig."
Eine explizite Definition hat indessen SCHARFETTER im AMP-Manual versucht:

"Läppisch: Albern-leere Heiterkeit mit dem Anstrich des Einfältigen, Dummen, Törichten, Unreifen, Unvernünftigen, Kindischen.
Läppisches Verhalten ruft im Mitmenschen Unbehagen hervor oder es wirkt befremdend. Die Heiterkeit wirkt nicht ansteckend" (AMP-System 1971,66).

Es ist hier nicht der Ort, Wert oder Unwert dieser AMP-Definition zu diskutieren. Er ließe sich danach bestimmen, ob die Definition dazu beiträgt, eine größere Einheitlichkeit in der Verwendung dieses Begriffes zu schaffen. Doch gewinnt man den Eindruck, daß hier ein sozial abwertender Begriff durch eine Reihe anderer - vermutlich ebenso abwertender - Eigenschaftsbegriffe ersetzt wurde. Zur Überprüfung dieser Vermutung müßten die (substantivierten) Adjektive der Definition einer ähnlichen Prozedur unterzogen werden wie in der vorliegenden Arbeit die Eigenschaftsbegriffe der Krankengeschichten. Nach Ansicht des Verfassers kann die angeführte Definition das Bedürfnis der Psychopathologie nach eindeutigen und exakten Beschreibungen nicht befriedigen, auf der anderen Seite illustriert sie plastischer als alle Zahlen, wie sehr ein in der klinischen Psychiatrie durchaus geläufiger Begriff mit der Assoziation einer sozialen Abwertung belastet ist. Es bleibt auch bei dem Begriff "läppisch" abzuwägen und zu diskutieren, ob der Vor-

teil, den er der Diagnostik bietet, nämlich den impliziten Hinweis auf die hebephrene Form der Schizophrenie, nicht durch die Nachteile der fehlenden Präzision und der Tendenz zur sozialen Wertung neutralisiert wird.

4.3.5 Zusammenfassung und Vergleich der Gruppen von Eigenschaftsbegriffen in Kap. 4.3.1 bis 4.3.4

Über die genannten hinaus gibt es noch eine Reihe weiterer psychopathologischer Merkmale, zu deren Beschreibung die untersuchten Eigenschaftsbegriffe dienen. Einige von ihnen sind:

1. die Krankheitseinsicht:

   z.B.: "krankheitseinsichtig"
   "krankheitsuneinsichtig"

2. die Redeweise:

   z.B.: "eingeengt"
   "gehemmt"
   "inadäquat"
   "leise"
   "manieriert"
   "redselig"
   "ruhig"
   "weitschweifig"

3. die Intelligenz:

   z.B.: "intelligent"
   "durchschnittlich"
   "normal"

4. die äußere Erscheinung, Kleidung etc.:

   z.B.: "gepflegt"
   "auffällig"

5. das Triebverhalten:

   z.B.: "aggressiv"

6. die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit in der Untersuchungssituation:

   z.B.: "kontaktfreudig"
   "rapportfähig"

"verschlossen"
"zugänglich"
"zugewandt"
"zurückgezogen"
"zurückhaltend"
"aufgeschlossen"
"höflich".

Doch wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit eine Beschränkung auf die vier Merkmale "Bewußtseins- und Orientierungszustand", "Antrieb und Motorik", "Denken" und "Stimmungslage und Affekt" vorgezogen, zumal 79 (entsprechend 79,8 %) der 99 untersuchten Eigenschaftsbegriffe, deren Häufigkeiten insgesamt 846 betragen und damit 90,5 % der Gesamthäufigkeit von 936 ausmachen, einer dieser vier Merkmalskategorien zuzuordnen sind. In Tab. 25 findet sich eine Gegenüberstellung der vier ausgewählten Gruppen von Eigenschaftsbegriffen zur Beschreibung eines psychopathologischen Merkmals.
Die Tabellen 25 und 26 erlauben folgende zusammenfassende Aussagen:

1. Die größte Gruppe stellen die Eigenschaftsbegriffe dar, die zur Beschreibung von Stimmungslage und Affekt verwendet wurden: sie machen 42,4 % der untersuchten 99 Eigenschaftsbegriffe aus; ihre summierten Häufigkeiten ergeben 34,2 % der Gesamthäufigkeit von 936.
2. Der Anteil der Eigenschaftsbegriffe, die ihrer grammatischen Funktion nach vorwiegend direkt auf die bezeichnete Person bezogen waren, ist am größten bei den Begriffen, die zur Beschreibung von Stimmungslage und Affekt dienen, am geringsten bei denen zur Kennzeichnung des Bewußtseins- und Orientierungszustandes.

3. Die durchschnittliche "Soziale Wertung" liegt bei den Eigenschaftsbegriffen zur Beschreibung des Bewußtseins und Orientierungszustandes sowie des Denkens über, bei denjenigen zur Beschreibung von Antrieb und Motorik einerseits und von Stimmungslage und Affekt andererseits unter dem Wert für die durchschnittliche "Soziale Wertung" aller untersuchten Eigenschaftsbegriffe (-0.70).
4. Der Anteil der Eigenschaftsbegriffe mit einem negativen Vorzeichen beim Punktwert für die Dimension "Soziale Wertung" liegt am höchsten bei den Begriffen zur Beschreibung von Antrieb und Motorik (83,3 %), an zweiter Stelle folgen die Eigenschaftsbegriffe für Stimmungslage und Affekt (78,6 %). Bei den summierten Häufigkeiten liegen diese mit 82,8 % vor denen der Gruppe "Antrieb und Motorik" (80,9 %). Auffällig ist der geringe Anteil negativ wertender Eigenschaftsbegriffe bei der Beschreibung des Bewußtseins- und Orientierungszustandes (cf. Tab. 25).
5. Die gezielte Aufschlüsselung der untersuchten Eigenschaftsbegriffe nach ihrem psychopathologischen Stellenwert macht deutlich, daß die größte Aufmerksamkeit den Eigenschaftsbegriffen zur Beschreibung von Stimmungslage und Affekt und denen zur Kennzeichnung von Antrieb und Motorik zu widmen ist, da sie
   a) die größten Gruppen darstellen (sie machen zusammen 60,6 % der untersuchten Eigenschaftsbegriffe aus);
   b) den größten Anteil an adjektivisch-direkten Verwendungen aufweisen, d.h. mehr als die anderen auf die bezeichneten Personen in ihrer Gesamtheit bezogen werden;

c) im Durchschnitt stärkere soziale Abwertungen implizieren als Eigenschaftsbegriffe zur Beschreibung anderer psychopathologischer Merkmale.

4.4 Wertende Begriffe in der psychiatrischen Literatur

Anläßlich der Diskussion des Wortes "läppisch" fiel bereits in der AMP-Definition von SCHARFETTER (cf. 4.3.4) auf, daß hier eine Reihe von Begriffen Verwendung fanden, die mit größter Wahrscheinlichkeit als "sozial abwertend" bezeichnet werden müßten, würde man die Fragestellung dieser Arbeit zugrundelegen:

"Albern-leere Heiterkeit mit dem Anstrich des Einfältigen, Dummen, Törichten, Unreifen, Unvernünftigen, Kindischen." (AMP-Manual 1971,66)

Bei genauerer Durchsicht der psychiatrischen Literatur stößt man häufiger auf Ausdrücke, denen der Charakter der sozialen Abwertung nicht ganz abgesprochen werden kann. So sei noch einmal die AMP-Definition für das Wort "manieriert" zitiert (1971,70):

"Manieriert: Einfache Dinge des Alltags werden (in Bewegungen, Handlungen, Gestik, Mimik, Sprache) verstiegen und verschroben, manchmal mit einer ausgesprochen spielerischen Note, ausgeführt.

Manieriert meint auch unnötig umständlich, unnatürlich, schwülstig, posenhaft, aufgeblasen im Sinne von hochtrabend und wichtigtuerisch, geziert, affektiert und gekünstelt, verkrampft, stilisiert, floskelhaft."

Bei WEITBRECHT (1968,343) finden sich die ebenfalls schon zitierten Worte zur Beschreibung der Hebephrenien: "Versponnen, immer mehr realitätsabgewandt, autistisch, läppisch oder arrogant oder resonanzlos depressiv ohne affektive Wärme, ängstlich oder expansiv verstiegen (...)". BLEULER (1969,375) spricht von "Wurstigkeit" und "affektiver Steifigkeit":

"Immerhin macht sich die schizophrene Versandung auch hier meist fühlbar, indem die Stimmung keine Modulationen zeigt; ganz unabhängig vom Gedankengang bleiben die Kranken in der von innen heraus bestimmten Stimmungslage; nichts ist ihnen wichtig, nichts heilig. Die allgemeine Signatur ist die "Wurstigkeit", bald mehr rein, bald in depressiver oder namentlich euphorischer Färbung."

Gleichfalls bei WEITBRECHT (1968,366) trifft man auf folgende Schilderung der Symptomatik bei der Schizophrenia simplex, bei der der Eindruck sozialer Abwertung nicht von der Hand zu weisen ist:

"Langsames Veröden und symptomarmes affektives Abgestumpftwerden mit Initiativeverlust bei der Schizophrenia simplex, faselig-läppische oder betonte wursthafte, aber auch wehleidig oder grotesk hypochondrische, oft zerfahrene Wahnansätze aufweisende verschrobene, zu Autismus ebenso wie zu leeren Deklamationen neigende hebephrene Entgleisung (...)."

In einer "Anleitung zur Abfassung von Krankengeschichten" aus dem Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf vom Jahre 1975 finden sich unter anderen folgende Begriffe:

"Psychischer Befund
Äußeres Erscheinungsbild des Kranken:
K l e i d u n g (sauber, sorgfältig, schlicht, auffällig, übertrieben modisch, geschmacklos, verschroben, unordentlich, verwahrlost, zerlumpt, verschmutzt)
(...)

Gesamtverhalten:
B e n e h m e n (situationsgemäß, geordnet, höflich, freundlich, zugänglich, plump-vertraulich, aufdringlich, respektlos, gönnerhaft, unhöflich, zurückhaltend, abweisend, zugeknöpft, schüchtern, scheu, mißtrauisch, unansprechbar, kontaktunfähig)
(...)

Antriebslage:
ruhig, still, mutistisch, gehemmt, lahm, antriebslahm, schwunglos, gesperrt (stuporös), erregt, enthemmt, laut, getrieben, drangvoll, zappelig, redselig (geschwätzig), erotisch zudringlich; fügsam, lenkbar, trotzig, widerspenstig, negativistisch; Bewegungsstereotypien, Katalepsie, Echopraxie, Zwangs-, Drang- und Impulshandlungen.
(...)

Sprachliche Ausdrucksweisen:
natürlich, schlicht, primitiv, gewählt, geziert, verschroben, gewandt, unbeholfen, schwerfällig, nachlässig, knapp, wortreich, klar, verschwommen, Wortneubildungen (Neologismen)." (Anleitung zur Abfassung von Krankengeschichten, 1975,1-4)

Wie die aufgeführten Beispiele erkennen lassen, ist die Verwendung von Begriffen mit Tendenz zur sozialen Wertung in der Psychiatrie durchaus nichts Ungewöhnliches und vor allem offenbar nicht auf die untersuchten Krankengeschichten beschränkt. Angesichts der mehrfach dargestellten ungünstigen Auswirkungen von sozial wertenden Begriffen auf die Qualität des diagnostischen Prozesses muß deren Auftreten in Anleitungen und anerkannten Lehrbüchern besonders bedauert werden.

4.5 Erweiterung des Forschungsansatzes

Die vorliegende Arbeit versteht sich als erster Schritt in Richtung auf eine semantische Analyse des diagnostischen Vokabulars in der Psychiatrie. Von der Assoziationsstruktur der untersuchten Eigen-

schaftsbegriffe konnte nur ein - wenngleich nicht unwichtiger - Ausschnitt bestimmt werden: die soziale Wertung, die sich ihrerseits zusammensetzte aus den Dimensionen der "Sympathie" und der "Sozialen Erwünschtheit". Nach ihrer Rangordnung in den verschiedenen Dimensionen konnten die Eigenschaftsbegriffe aufgelistet werden, so daß extreme Ausprägungen in der Bewertung faßbar wurden. Damit stellt sich die Frage nach dem praktischen Nutzen, der der klinischen Psychiatrie aus der Kenntnis um den Wertungsgehalt eines Wortes erwächst. Die logische Konsequenz einer patientenzentrierten Psychiatrie wäre die Eliminierung stärker abwertender Begriffe aus dem diagnostischen Wortschatz.

Die Bereitschaft zu einer solchen Konsequenz soll einmal hypothetisch vorausgesetzt werden. Dann bleibt weiterhin zu fragen, ob die vorgelegten Rangordnungen hinreichend praktikable Orientierungshilfen dafür bieten, daß die am stärksten als abwertend empfundenen Begriffe aus dem psychiatrischen Sprachgebrauch entfernt würden. Ein Blick auf Tab. 9 läßt die dabei auftretenden Schwierigkeiten deutlich werden: Die Begriffe "läppisch" (Bewertungsklasse 7; Punktwert -3.4) und "negativistisch" (Bewertungsklasse 7; Punktwert -3.5) würden dem gleichen Eliminationsvorgang zum Opfer fallen. Ein derartiges Unterfangen würde mit Sicherheit Widerstand hervorrufen: wer auch immer bereit sein mag, das Wort "läppisch" fallen zu lassen - auf den Begriff "negativistisch" würde er wohl schwerlich verzichten wollen. Wie erklärt sich dieser Unterschied angesichts der ähnlichen Bewertung dieser Begriffe?

Zunächst einmal ist "negativistisch" wesentlich exakter definiert als "läppisch" (cf. 4.3.4), wie die AMP-Definition zeigt:

"Negativistisch: Negativistische Kranke wollen gerade das nicht tun, was von ihnen erwartet oder verlangt (passiver Negativismus), oder sie tun das Gegenteil (aktiver Negativismus). Auch die Dissimulation ist hier einzutragen als absichtliche Unoffenheit, als ein Sich-Verschließen oder Versperren." (AMP-Manual 1971,70)

Weiterhin ist "negativistisch" durch eine Verhaltensbeschreibung gekennzeichnet, nicht durch eine Reihe von Eigenschaftsbegriffen wie etwa "läppisch". Das Wort "negativistisch" weist also einen höheren Grad an Eindeutigkeit auf und ermöglicht so eine präzisere Anwendung, was ihm eine Vorzugsstellung gegenüber "läppisch" einräumt.
Zum dritten ist die Qualität der sozialen Abwertung vermutlich bei "negativistisch" eine andere als bei "läppisch". Wo liegt die Differenz? Dazu soll auf das Kommunkationsmodell zurückgegriffen werden: Durch das Lesen einer Krankengeschichte konstituieren sich drei Interaktionsbeziehungen:

1. die Beziehung zwischen dem Patienten und dem diagnostizierenden Arzt;
2. die Beziehung zwischen dem Arzt und dem Leser der Krankengeschichte (meist ein Arztkollege oder ein Psychologe);
3. die Beziehung zwischen dem Leser der Krankengeschichte und dem Patienten.

In der Beziehung zwischen Patient und Arzt geht es vornehmlich um die Verhaltensweisen des Patienten, die der Arzt kognitiv aufnimmt und in Richtung auf eine Diagnosestellung weiterverarbeitet; gleichzeitig ruft das Verhalten des Patienten aber beim Arzt Emotionen im Sinne der Sympathie und Antipathie

und Assoziationen hinsichtlich der sozialen Erwünschtheit hervor. Bei der Wahl des diagnostischen Vokabulars für die Niederschrift des psychischen Befundes in der Krankengeschichte kann der Arzt nun, bewußt oder unbewußt, den verhaltensbeschreibenden oder den emotionalen Aspekt seines Eindrucks über den Patienten stärker hervortreten lassen. Aus der Qualität der gewählten Worte formt sich dann das Bild, das der Leser der Krankengeschichte sich über den Patienten machen kann. Die Einstellung, die der Leser über den beschriebenen Patienten gewinnt, bestimmt sich nicht zuletzt aus der Sympathie oder Antipathie, die durch das Vokabular hervorgerufen wird, und durch den Grad der sozialen Erwünschtheit, der der bezeichneten Verhaltensweise zukommt.
Nun wird aber vor allem das Gefühl der Sympathie oder Antipathie, aber auch der Eindruck der sozialen Erwünschtheit, durch zweierlei hervorgerufen:

1. durch die Vorstellung über das Patientenverhalten, wie sie durch das gewählte Wort nahegelegt wird;
2. durch die Art und Stärke der Emotion, die in dem gewählten Wort mitschwingt.

Beide Komponenten sind in der Regel nicht vollständig voneinander zu trennen. Dennoch wird es möglich sein, zu bestimmen, ob bei einem bestimmten Wort die verhaltensbeschreibende Komponente oder der emotionale Anteil mehr im Vordergrund steht. Ferner wäre es wichtig, festzustellen, welche Emotion im einzelnen das relative Übergewicht hat. Auf das oben angeführte Beispiel angewandt, möchte man bei dem Wort "negativistisch" meinen, daß die

starke Antipathie und die hohe soziale Unerwünschtheit in erster Linie auf die Vorstellung des Verhaltens einer so beschriebenen Person zurückzuführen ist, während bei dem Ausdruck "läppisch" die negative Einstellung möglicherweise erst durch die Verwendung der Vokabel selbst zustandegekommen sein kann, wobei die in dem Wort mitschwingenden Emotionen den Ausschlag gegeben hätten. Zur Klärung dieser Frage müßte der Forschungsansatz dieser Arbeit dahingehend erweitert werden, daß gezielt der emotionale Gehalt bestimmter psychiatrisch-diagnostischer Begriffe thematisiert würde. Eine operationalisierte Fragestellung analog der in dieser Arbeit verwendeten könnte etwa lauten:

"Nehmen Sie einmal an, ein Bekannter fragt Sie um Rat. Er fragt nach Ihrer Meinung über eine Ihnen unbekannte Person, die er mit einer Reihe von Eigenschaftswörtern beschreibt. Neben anderen Wörtern nennt er das Wort '...'.
Unsere Frage an Sie:
Haben Sie bei diesem Wort eher den Eindruck, daß Ihr Bekannter Ihnen dadurch eine g e n a u e B e s c h r e i b u n g von der unbekannten Person geben will, oder glauben Sie eher, daß er auf diese Weise Ihnen seine G e f ü h l e gegenüber dieser Person mitteilen möchte?

Tragen Sie Ihre Ansicht bitte auf folgender Skala ein:

gereizt ----------
1 2 3 4 5 6 7

Dabei bedeutet:

1 = exakte, gefühlsneutrale Beschreibung
2 = Beschreibung mit sehr schwacher Gefühlsäußerung
3 = Beschreibung mit leichter Gefühlsäußerung
4 = Beschreibung und gleichzeitig Gefühlsäußerung
5 = weniger Beschreibung, mehr Gefühlsäußerung
6 = kaum Beschreibung, starke Gefühlsäußerung
7 = keine Beschreibung, lediglich Gefühlsäußerung."

Zusätzlich könnte festgestellt werden, w e l c h e Emotion vorherrschend ist, wenn ein Wort wie "läppisch" oder "gereizt" im Zusammenhang mit einer Person gebraucht wird. In Frage kommen etwa: Ärger, Angst, Aggression, Gleichgültigkeit, Verachtung, Zorn, Spott, Mitleid etc.. Von Interesse wäre es ebenso, welche Assoziationen ein Wort wie "manieriert" begleiten, die unbemerkt das Bild von einem Patienten prägen - und vor allem, wie es mit der semantischen Eindeutigkeit derartiger Begriffe bestellt ist. Hiermit sind einige Ansätze genannt, die zwar im Rahmen dieser Arbeit nicht mehr aufgegriffen werden können, aber auf der Basis der bisher schon vorliegenden Ergebnisse eine sinnvolle und praxisnahe Weiterentwicklung der leitenden Fragestellung darstellen. Ihre Rechtfertigung finden derartige Forschungsansätze in der Notwendigkeit einer ungestörten Kommunikation zwischen Arzt und Patient einerseits und zwischen Arzt und Arzt andererseits, die nach Maßgabe des "nil nocere" alle Abwertungen vom Patienten fernhalten sollte.

5 ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen, die Assoziationsstruktur einiger häufig in der psychiatrischen Diagnostik verwendeter Eigenschaftsbegriffe (Adjektive und Adverbien) mit der Fragestellung zu untersuchen, ob diese soziale Wertungen implizieren.
Die Untersuchung wurde an 99 Eigenschaftsbegriffen durchgeführt, die den Krankengeschichten von 100 Patienten des Rheinischen Landeskrankenhauses Düsseldorf mit der Diagnose "Schizophrenie" entnommen waren. Die Hypothesen lauteten:

1. Die untersuchten Eigenschaftsbegriffe werden zum größeren Teil als wertungsbeladen, zum geringeren Teil als wertungsneutral empfunden.
2. Von den wertungsbeladenen Begriffen überwiegen die sozial abwertenden.

Mit Hilfe des aus den empirischen Sozialwissenschaften entlehnten Verfahrens der Systematischen Inhaltsanalyse konnte jeder Eigenschaftsbegriff einer von sieben Bewertungsklassen (von "stark positiv wertend" - Klasse 1 - über "nicht oder kaum sozial wertend" - Klasse 4 - bis "stark sozial abwertend" - Klasse 7) zugeordnet werden. Der Grad der "Sozialen Wertung", der einem Eigenschaftsbegriff zukommt, wurde operational durch die Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" definiert: ein Begriff gilt dann als stark positiv wertend, wenn er im Zusammenhang mit einer unbekannten Person die Assoziation starker Sympathie hervorruft und gleichzeitig eine Eigenschaft oder Verhaltensweise bezeichnet, die als sozial sehr erwünscht angesehen wird.

Die Bewertungen der 99 Eigenschaftsbegriffe nach den Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" wurden von einer Gruppe aus 35 Ärzten/Ärztinnen und 5 klinischen Psychologen/-innen, die an psychiatrischen Kliniken tätig waren, auf Fragebögen vorgenommen. Der Wert für die "Soziale Wertung" eines jeden Eigenschaftsbegriffes wurde aus den mittleren Punktwerten der Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" berechnet und zur Grundlage für die Bildung von "Bewertungsklassen" gemacht. Aus der Verteilung der Eigenschaftsbegriffe über die Bewertungsklassen wurde deutlich, daß keine der aufgeführten Hypothesen falsifiziert werden konnte.
Rangordnungen von Eigenschaftsbegriffen nach den verschiedenen Untersuchungsdimensionen ließen Begriffe mit extremen Ausprägungen der Bewertung klarer erkennen. Eine Aufgliederung der untersuchten Eigenschaftsbegriffe nach ihrem psychopathologischen Stellenwert zeigte, daß Eigenschaftsbegriffe zur Beschreibung von Antrieb und Motorik einerseits und von Stimmungslage und Affekt andererseits stärker als andere durch implizierte soziale Abwertungen belastet sind.
Die möglichen Auswirkungen eines sozial abwertenden diagnostischen Vokabulars auf die Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation wurden diskutiert.

ANHANG

1. Tabellen

2. Abbildungen

3. Abdruck der Fragebogen

4. Aufbau der Lochkarten

1. Tabellen

Übersicht über die Tabellen dieser Arbeit

Tab. 1 Häufigkeitsverteilung der Eigenschaftsbegriffe nach grammatischen Gesichtspunkten

Tab. 2 Verteilung der Eigenschaftsbegriffe auf die Häufigkeitsklassen

Tab. 3 Rangfolge der absoluten Nennungshäufigkeiten der Eigenschaftsbegriffe

Tab. 4 Alphabetische Liste der 99 Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3) mit Werten für die Dimensionen "Sympathie", "Soziale Erwünschtheit", "Soziale Wertung" und Angabe der Bewertungsklasse

Tab. 5 Verteilung der Anzahl und summierten Häufigkeiten der 99 Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3) auf die Bewertungsklassen

Tab. 6 Verteilung der Anzahl und summierten Häufigkeiten der 99 Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3) auf die Bewertungsklassen mit Zusammenfassung der Bewertungsklassen 1, 2, 3 und 5, 6, 7

Tab. 7 Rangfolge der 99 Eigenschaftsbegriffe entsprechend ihrer Bewertung in der Dimension "Sympathie"

Tab. 8 Rangfolge der 99 Eigenschaftsbegriffe entsprechend ihrer Bewertung in der Dimension "Soziale Erwünschtheit"

Tab. 9 Zuordnung der 99 Eigenschaftsbegriffe zu Bewertungsklassen und Rangfolge nach der Dimension "Soziale Wertung"

Tab. 10 Vergleich der Eigenschaftsbegriffe auf den ersten Rangplätzen in den Dimensionen "Sympathie", "Soziale Erwünschtheit" und "Soziale Wertung"

Tab. 11 Die Eigenschaftsbegriffe der Bewertungsklasse 1 mit Angabe der Rangplätze für die Dimensionen "Soziale Wertung", "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" sowie der Differenz der beiden letzteren

Tab. 12 Die Eigenschaftsbegriffe der Bewertungsklasse 7 mit Angabe der Rangplätze für die Dimensionen "Soziale Wertung", "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" sowie der Differenz der beiden letzteren

Tab. 13 Rangfolge der 24 Eigenschaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1 und 2 nach der Dimension "Sympathie"

Tab. 14 Rangfolge der 24 Eigenschaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1 und 2 nach der Dimension "Soziale Erwünschtheit"

Tab. 15 Zuordnung der 24 Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1 und 2) zu Bewertungsklassen und Rangfolge nach der Dimension "Soziale Wertung"

Tab. 16 Rangplätze der Eigenschaftsbegriffe "höflich", "freundlich" und "gepflegt" in den Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit"

Tab. 17 Rangordnung der Eigenschaftsbegriffe, die zur Beschreibung des Bewußtseins- und Orientierungszustandes verwendet wurden, nach der Dimension "Soziale Wertung" mit Angabe ihrer Häufigkeit

Tab. 18 Gliederung der Eigenschaftsbegriffe der Tab. 17 nach dem Vorzeichen der "Sozialen Wertung", der Häufigkeit und der grammatischen Verwendung

Tab. 19 Rangordnung der Eigenschaftsbegriffe, die zur Beschreibung von Antrieb und Motorik verwendet wurden, nach der Dimension "Soziale Wertung"

Tab. 20 Gliederung der Eigenschaftsbegriffe der Tab. 19 nach dem Vorzeichen der "Sozialen Wertung", der Häufigkeit und der grammatischen Verwendung

Tab. 21 Rangordnung der Eigenschaftsbegriffe, die zur Beschreibung des Denkens verwendet wurden, nach der Dimension "Soziale Wertung"

Tab. 22 Gliederung der Eigenschaftsbegriffe der Tab. 21 nach dem Vorzeichen der "Sozialen Wertung", der Häufigkeit und der grammatischen Verwendung

Tab. 23 Rangordnung der Eigenschaftsbegriffe, die zur Beschreibung von Stimmungslage und Affekt verwendet wurden, nach der Dimension "Soziale Wertung"

Tab. 24 Gliederung der Eigenschaftsbegriffe der Tab. 23 nach dem Vorzeichen der "Sozialen Wertung", der Häufigkeit und der grammatischen Verwendung

Tab. 25 Durchschnittliche "Soziale Wertung" und Häufigkeiten von Eigenschaftsbegriffen zur Beschreibung der psychopathologischen Merkmale "Bewußtseins- und Orientierungszustand", "Antrieb und Motorik", "Denken" und "Stimmungslage und Affekt"

Tab. 26 Anteil der Eigenschaftsbegriffe zur Beschreibung der psychopathologischen Merkmale "Bewußtseins- und Orientierungszustand", "Antrieb und Motorik", "Denken" und "Stimmungslage und Affekt" mit negativem Vorzeichen in der Dimension "Soziale Wertung"

Tabelle 1

Häufigkeitsverteilung der Eigenschaftsbegriffe nach grammatischen Gesichtspunkten

Häufigkeit	Eigenschaftsbegriffe			
	Adjektive grammatische Verwendung		Adverbien	Zusammen
	direkt	indirekt		
absolut	872	136	30	1039
i.v.H.	83,9	13,1	2,9	100,0

Tabelle 2

Verteilung der Eigenschaftsbegriffe
auf die Häufigkeitsklassen

Häufigkeitsklasse	Eigenschaftsbegriffe			
	Anzahl		summierte Häufigkeiten	
	a.	i.v.H.	a.	i.v.H.
1	2	3	4	5
1	2	0,1	239	23,0
2	22	11,0	430	41,3
3	75	37,5	267	25,7
4	102	51,0	102	9,8
insgesamt	201	100,0	1039	100,0

Tabelle 3

Rangfolge der absoluten Nennungshäufigkeiten der Eigenschaftsbegriffe

Rang	Eigenschaftsbegriff	absolute Nennungshäufigkeit			
		insgesamt	in Form von grammatischer Verwendung		
			direkt	indirekt	adverbial
1	2	3	4	5	6
1	orientiert	131	131	0	0
2	bewußtseinsklar	108	108	0	0
3	gespannt	42	41	0	1
4	ängstlich	34	26	7	1
5	zerfahren	31	20	11	0
6	unruhig	29	26	1	2
7	ruhig	25	24	1	0
8	mißtrauisch	24	22	0	2
9	geordnet	23	11	11	1
10	inadäquat	21	17	4	0
11	gelockert	20	13	7	0
	ratlos	20	19	0	1
13	krankheitseinsichtig	17	17	0	0
14	gepflegt	16	14	0	2
15	sprunghaft	15	9	6	0
16	depressiv	14	13	1	0
	freundlich	14	11	1	2
	manieriert	14	6	5	3
19	erregt	13	9	1	1
	gereizt	13	10	3	0
	inkohärent	13	10	3	0
22	abweisend	12	10	1	1
23	läppisch	11	7	4	0
	schwingungsfähig	11	11	0	0

Tabelle 3 (Forts.)

Rang	Eigenschafts-begriff	absolute Nennungshäufigkeit			
		insgesamt	in Form von grammatischer Verwendung		
			direkt	indirekt	adverbial
1	2	3	4	5	6
25	zugewandt	10	9	0	1
26	ambivalent	9	8	1	0
	unauffällig	9	7	2	0
28	weitschweifig	8	5	3	0
	aggressiv	8	7	1	0
30	adäquat	7	2	1	4
	ausgeglichen	7	4	3	0
	krankheitsuneinsichtig	7	7	0	0
33	getrieben	6	5	1	0
	distanziert	6	5	1	0
	gehemmt	6	6	0	0
	euphorisch	6	4	2	0
	vermindert	6	0	6	0
38	umtriebig	5	5	0	0
	verlangsamt	5	4	1	0
	gedrückt	5	1	4	0
	durchschnittlich	5	0	5	0
	normal	5	2	3	0
43	ungestört	4	0	4	0
	desorientiert	4	4	0	0
	distanzlos	4	4	0	0
	leise	4	1	3	0
	starr	4	3	0	1
	verschlossen	4	4	0	0
	verstimmt	4	4	0	0
	eingeschränkt	4	1	3	0

Tabelle 3 (Forts.)

Rang	Eigenschafts-begriff	absolute Nennungshäufigkeit			
		insgesamt	in Form von grammatischer Verwendung		
			direkt	indirekt	adverbial
1	2	3	4	5	6
51	affektlabil	3	3	0	0
	affektlos	3	3	0	0
	angepaßt	3	2	0	1
	aufgelockert	3	3	0	0
	höflich	3	3	0	0
	kohärent	3	3	0	0
	kontaktfreudig	3	3	0	0
	modulationsfähig	3	3	0	0
	paranoid	3	3	0	0
	gestört	3	0	3	0
	wechselhaft	3	1	2	0
	reizbar	3	3	0	0
	affektiv steif	3	3	0	0
	stuporös	3	3	0	0
	suicidal	3	3	0	0
	unaufmerksam	3	3	0	0
	unsicher	3	3	0	0
68	abgemagert	2	2	0	0
	abgespannt	2	2	0	0
	antriebsarm	2	2	0	0
	auffällig	2	0	2	0
	aufgeschlossen	2	2	0	0
	besorgt	2	2	0	0
	eingeengt	2	0	2	0
	gebessert	2	2	0	0
	gequält	2	2	0	0

Tabelle 3 (Forts.)

Rang	Eigenschafts-begriff	absolute Nennungshäufigkeit			
		insgesamt	in Form von grammatischer Verwendung		
			direkt	indirekt	adverbial
1	2	3	4	5	6
68	hypomanisch	2	2	0	0
	ideenflüchtig	2	2	0	0
	intelligent	2	2	0	0
	introvertiert	2	2	0	0
	maniform	2	2	0	0
	müde	2	2	0	0
	mutistisch	2	2	0	0
	negativistisch	2	2	0	0
	produktiv	2	2	0	0
	rapportfähig	2	2	0	0
	redselig	2	2	0	0
	schwunglos	2	2	0	0
	unbeteiligt	2	1	0	1
	unmotiviert	2	1	0	1
	verändert	2	0	2	0
	verwirrt	2	2	0	0
	verzweifelt	2	2	0	0
	vital	2	2	0	0
	wechselnd	2	0	2	0
	weinerlich	2	2	0	0
	zugänglich	2	2	0	0
	zurückgezogen	2	2	0	0
	zurückhaltend	2	2	0	0

Tabelle 3 (Forts.)

Rang	Eigenschafts-begriff	absolute Nennungshäufigkeit			
		insgesamt	in Form von grammatischer Verwendung		
			direkt	indirekt	adverbial
1	2	3	4	5	6
100	abgelenkt	1	1	0	0
	ablenkbar	1	1	0	0
	adynamisch	1	1	0	0
	affektinadäquat	1	1	0	0
	ambitendent	1	1	0	0
	antriebsgemindert	1	1	0	0
	antriebsgesteigert	1	1	0	0
	apathisch	1	1	0	0
	aufbrausend	1	1	0	0
	aufgeregt	1	1	0	0
	auflockernd	1	1	0	0
	aufmerksam	1	1	0	0
	ausführlich	1	0	0	1
	autistisch	1	1	0	0
	bedrückt	1	1	0	0
	behandlungswillig	1	1	0	0
	beherrscht	1	1	0	0
	belastbar	1	1	0	0
	dysphorisch	1	1	0	0
	eifersüchtig	1	1	0	0
	einsichtig	1	1	0	0
	entgleist	1	1	0	0
	enthemmt	1	1	0	0
	entspannt	1	1	0	0
	erregbar	1	1	0	0
	erschöpfbar	1	1	0	0
	fixierbar	1	1	0	0

Tabelle 3 (Forts.)

Rang	Eigenschafts-begriff	absolute Nennungshäufigkeit			
		insgesamt	in Form von grammatischer Verwendung		
			direkt	indirekt	adverbiel
1	2	3	4	5	6
100	flach	1	1	0	0
	frei (von)	1	1	0	0
	fröhlich	1	1	0	0
	geheimnisvoll	1	0	1	0
	gehoben	1	0	1	0
	gelaunt	1	1	0	0
	gesellig	1	1	0	0
	gesperrt	1	1	0	0
	gesprächig	1	1	0	0
	gesteuert	1	0	1	0
	geziert	1	1	0	0
	gut	1	0	1	0
	gutartig	1	1	0	0
	gleichgültig	1	1	0	0
	hastig	1	1	0	0
	heiter	1	1	0	0
	hilflos	1	1	0	0
	hoffnungsvoll	1	1	0	0
	infantil	1	1	0	0
	initiativelos	1	1	0	0
	instabil	1	1	0	0
	introspektionsfähig	1	1	0	0
	klar	1	1	0	0
	kontaktfähig	1	1	0	0
	konzentrationsschwach	1	1	0	0
	kritikvoll	1	1	0	0

Tabelle 3 (Forts.)

Rang	Eigenschaftsbegriff	absolute Nennungshäufigkeit			
		insgesamt	in Form von grammatischer Verwendung		
			direkt	indirekt	adverbial
1	2	3	4	5	6
100	lebensbejahend	1	1	0	0
	lenkbar	1	1	0	0
	melancholisch	1	1	0	0
	mitteilungsbedürftig	1	1	0	0
	munter	1	1	0	0
	nachdenklich	1	1	0	0
	nett	1	1	0	0
	ordentlich	1	1	0	0
	orientierungsgestört	1	1	0	0
	realitätsbewußt	1	1	0	0
	resonanzlos	1	1	0	0
	sauber	1	1	0	0
	scheu	1	1	0	0
	schläfrig	1	1	0	0
	schüchtern	1	1	0	0
	schwankend	1	0	1	0
	schwungvoll	1	1	0	0
	sthenisch	1	1	0	0
	still	1	1	0	0
	subeuphorisch	1	1	0	0
	suggestibel	1	1	0	0
	trotzig	1	1	0	0
	überartikuliert	1	1	0	0
	überempfindlich	1	1	0	0
	überhöflich	1	1	0	0

Tabelle 3 (Forts.)

Rang	Eigenschafts-begriff	absolute Nennungshäufigkeit			
		insgesamt	in Form von grammatischer Verwendung		
			direkt	indirekt	adverbial
1	2	3	4	5	6
100	undeutlich	1	0	1	0
	unfähig	1	1	0	0
	unfreundlich	1	1	0	0
	ungepflegt	1	1	0	0
	unkonzentriert	1	1	0	0
	unpräzise	1	1	0	0
	unrastig	1	1	0	0
	unternehmens-freudig	1	1	0	0
	unverständlich	1	0	1	0
	vage	1	0	1	0
	verhaltensgeändert	1	1	0	0
	verängstigt	1	1	0	0
	vernachlässigt	1	1	0	0
	verschmutzt	1	1	0	0
	verständnisvoll	1	1	0	0
	verstört	1	0	0	1
	verworren	1	0	0	1
	vorgealtert	1	1	0	0
	widerspenstig	1	1	0	0
	widersprüchlich	1	0	1	0
	wortkarg	1	1	0	0
	zutraulich	1	1	0	0
	zuversichtlich	1	1	0	0
	zuvorkommend	1	1	0	0

Tabelle 4

Alphabetische Liste der 99 Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3) mit Werten für die Dimensionen "Sympathie", "Soziale Erwünschtheit", "Soziale Wertung" und Angabe der Bewertungsklasse

Lfd. Nr.	Eigenschafts-begriff	Bewertungsdimension			Bewertungs-klasse
		Sym-pathie	soz. Er-wünscht-heit	soziale Wertung	
1	2	3	4	5	6
01	abgemagert	-0.8	-1.5	-1.2	5
02	abgespannt	-0.2	-1.8	-1.0	5
03	abweisend	-2.7	-3.5	-3.1	7
04	adäquat	+1.1	+3.1	+2.1	2
05	affektiv steif	-1.9	-3.4	-2.7	6
06	affektlabil	-1.7	-3.2	-2.5	6
07	affektlos	-2.4	-3.1	-2.8	6
08	aggressiv	-3.8	-4.8	-4.3	7
09	ambivalent	-0.8	-2.3	-1.6	5
10	angepaßt	+0.9	+2.8	+1.9	3
11	ängstlich	-0.3	-1.5	-0.9	4
12	antriebsarm	-1.4	-2.6	-2.0	6
13	auffällig	-0.8	-2.1	-1.5	5
14	aufgelockert	+1.4	+2.0	+1.7	3
15	aufgeschlossen	+3.3	+4.5	+3.9	1
16	ausgeglichen	+3.6	+4.3	+4.0	1
17	besorgt	+0.7	+0.5	+0.6	4
18	bewußtseinsklar	+1.6	+3.6	+2.6	2
19	depressiv	-0.5	-2.9	-1.7	5
20	desorientiert	-1.2	-4.2	-2.7	6
21	distanziert	±0.0	+1.2	+0.6	4
22	distanzlos	-3.3	-3.5	-3.4	7
23	durchschnittlich	±0.0	+0.5	+0.3	4
24	eingeengt	-1.5	-2.4	-2.0	6
25	eingeschränkt	-1.7	-2.9	-2.3	6

Tabelle 4 (Forts.)

Lfd. Nr.	Eigenschafts-begriff	Bewertungsdimension			Bewertungs-klasse
		Sym-pathie	soz. Er-wünscht-heit	soziale Wertung	
1	2	3	4	5	6
26	erregt	-2.2	-3.6	-2.9	6
27	euphorisch	-0.1	-1.3	-0.7	4
28	freundlich	+3.2	+4.0	+3.6	1
29	gebessert	+2.0	+3.7	+2.9	2
30	gedrückt	-0.5	-2.1	-1.3	5
31	gehemmt	-0.8	-2.5	-1.7	5
32	gelockert	+1.9	+1.8	+1.9	3
33	geordnet	+2.1	+3.7	+2.4	2
34	gepflegt	+2.7	+3.3	+3.0	1
35	gequält	-0.5	-2.8	-1.7	5
36	gereizt	-2.9	-3.9	-3.4	7
37	gespannt	-1.7	-3.1	-2.4	6
38	gestört	-1.8	-4.3	-3.1	7
39	getrieben	-1.8	-3.3	-2.6	6
40	höflich	+3.0	+4.0	+3.5	1
41	hypomanisch	±0.0	-1.0	-0.5	4
42	ideenflüchtig	-1.2	-3.1	-2.2	6
43	inadäquat	-1.7	-3.3	-2.5	6
44	inkohärent	-1.8	-3.6	-2.7	6
45	intelligent	+3.0	+4.6	+3.8	1
46	introvertiert	-0.1	-1.4	-0.8	4
47	kohärent	+1.4	+3.1	+2.3	2
48	kontaktfreudig	+2.7	+3.9	+3.3	1
49	krankheits-einsichtig	+2.5	+3.8	+3.2	1
50	krankheits-uneinsichtig	-0.8	-1.6	-1.2	5
51	läppisch	-2.8	-3.9	-3.4	7
52		+0.5	+0.3	+0.4	4

Tabelle 4 (Forts.)

Lfd. Nr.	Eigenschafts-begriff	Bewertungsdimension			Bewertungs-klasse
		Sym-pathie	soz. Er-wünscht-heit	soziale Wertung	
1	2	3	4	5	6
52	leise	+0.5	+0.3	+0.4	4
53	maniform	-0.9	-2.4	-1.7	5
54	manieriert	-1.9	-2.7	-2.3	6
55	mißtrauisch	-2.2	-3.1	-2.7	6
56	modulations-fähig	+2.4	+3.5	+3.0	1
57	müde	-0.2	-1.7	-1.0	5
58	mutistisch	-1.8	-4.1	-3.0	7
59	negativistisch	-2.8	-4.2	-3.5	7
60	normal	+1.0	+2.8	+1.9	3
61	orientiert	+1.4	+3.8	+2.6	2
62	paranoid	-2.2	-4.5	-3.4	7
63	produktiv	+2.0	+2.9	+2.5	2
64	rapportfähig	+1.1	+2.3	+1.7	3
65	ratlos	-0.3	-2.8	-1.6	5
66	redselig	-0.9	-1.0	-1.0	5
67	reizbar	-2.7	-3.8	-3.3	7
68	ruhig	+2.6	+2.8	+2.7	2
69	schwingungs-fähig	+2.6	+3.1	+2.9	2
70	schwunglos	-1.7	-2.7	-2.2	6
71	sprunghaft	-1.4	-2.3	-1.9	5
72	starr	-2.2	-3.3	-2.8	6
73	stuporös	-1.8	-4.4	-3.1	7
74	suizidal	-1.4	-5.0	-3.2	7
75	umtriebig	-2.3	-3.5	-2.9	6
76	unauffällig	+1.0	+2.5	-1.8	5
77	unaufmerksam	-1.8	-2.4	-2.1	6
78	unbeteiligt	-2.0	-3.1	-2.6	6

Tabelle 4 (Forts.)

Lfd. Nr.	Eigenschafts-begriff	Bewertungsdimension			Bewertungs-klasse
		Sym-pathie	soz. Er-wünscht-heit	soziale Wertung	
1	2	3	4	5	6
79	ungestört	+2.2	+3.9	+2.9	2
80	unmotiviert	-2.0	-3.5	-2.8	6
81	unruhig	-1.5	-2.6	-2.1	6
82	unsicher	-0.6	-2.4	-1.5	5
83	verändert	-0.4	-1.5	-1.0	5
84	verlangsamt	-1.4	-2.5	-2.0	6
85	vermindert	-0.9	-2.4	-1.7	5
86	verschlossen	-1.9	-2.5	-2.1	6
87	verstimmt	-1.4	-3.0	-2.2	6
88	verwirrt	-1.2	-4.0	-2.6	6
89	verzweifelt	-0.6	-3.5	-2.1	6
90	vital	+2.2	+3.4	+2.8	2
91	wechselhaft	-1.3	-2.0	-1.7	5
92	wechselnd	-1.2	-1.9	-1.6	5
93	weinerlich	-2.2	-3.4	-2.8	6
94	weitschweifig	-2.4	-2.4	-2.4	6
95	zerfahren	-2.0	-4.2	-3.1	7
96	zugänglich	+2.5	+3.3	+2.9	2
97	zugewendt	+2.9	+3.5	+3.2	1
98	zurückgezogen	-0.3	-1.6	-1.0	5
99	zurückhaltend	+1.5	+1.5	+1.5	3

Tabelle 5

Verteilung der Anzahl und summierten Häufigkeiten der 99 Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3) auf die Bewertungsklassen

Bewertungs-klasse	Eigenschaftsbegriffe			
	Anzahl		summierte Häufigkeiten	
	a.	i.v.H.	a.	i.v.H.
1	2	3	4	5
1	10	10,1	76	8,2
2	12	12,1	320	34,2
3	6	6.1	38	4,1
4	8	8,1	61	6,5
5	21	21,2	117	12,5
6	29	29,1	234	25,0
7	13	13,1	90	9,6
insgesamt	99	100,0	936	100,0

Tabelle 6

Verteilung der Anzahl und summierten Häufigkeiten der 99 Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3) auf die Bewertungsklassen mit Zusammenfassung der Bewertungsklassen 1, 2, 3 und 5, 6, 7

Gruppen von Bewertungsklassen	Eigenschaftsbegriffe			
	Anzahl		summierte Häufigkeiten	
	a.	i.v.H.	a.	i.v.H.
1	2	3	4	5
A [1]	28	28,3	434	46,5
B [2]	8	8,1	61	6,5
C [3]	63	63,6	441	47,1
insgesamt	99	100,0	936	100,0

[1] Gruppe A: Bewertungsklassen 1, 2 und 3

[2] Gruppe B: Bewertungsklasse 4

[3] Gruppe C: Bewertungsklassen 5, 6 und 7

Tabelle 7

Rangfolge der 99 Eigenschaftsbegriffe entsprechend ihrer Bewertung in der Dimension "Sympathie"

Rang	Eigenschaftsbegriff	Punktwert
1	2	3
1	ausgeglichen	+3.6
2	aufgeschlossen	+3.3
3	freundlich	+3.2
4	höflich	+3.0
	intelligent	+3.0
6	zugewandt	+2.9
7	kontaktfreudig	+2.7
	gepflegt	+2.7
9	schwingungsfähig	+2.6
	ruhig	+2.6
11	zugänglich	+2.5
	krankheitseinsichtig	+2.5
13	modulationsfähig	+2.4
14	vital	+2.2
	ungestört	+2.2
16	geordnet	+2.1
17	gebessert	+2.0
	produktiv	+2.0
19	gelockert	+1.9
20	bewußtseinsklar	+1.6
21	zurückhaltend	+1.5
22	aufgelockert	+1.4
	kohärent	+1.4
	orientiert	+1.4
25	rapportfähig	+1.1
	adäquat	+1.1
27	unauffällig	+1.0
	normal	+1.0

Tabelle 7 (Forts.)

Rang	Eigenschaftsbegriff	Punktwert
1	2	3
29	angepaßt	+0.9
30	besorgt	+0.7
31	leise	+0.5
32	hypomanisch	0.0
	distanziert	0.0
	durchschnittlich	0.0
35	euphorisch	-0.1
36	abgespannt	-0.2
	müde	-0.2
38	zurückgezogen	-0.3
	ängstlich	-0.3
	ratlos	-0.3
41	verändert	-0.4
42	gequält	-0.5
	depressiv	-0.5
	gedrückt	-0.5
	verzweifelt	-0.5
46	unsicher	-0.6
47	abgemagert	-0.8
	ambivalent	-0.8
	auffällig	-0.8
	gehemmt	-0.8
	krankheitsuneinsichtig	-0.8
52	vermindert	-0.9
	maniform	-0.9
	redselig	-0.9
55	introvertiert	-1.0
56	wechselnd	-1.2
	verwirrt	-1.2
	ideenflüchtig	-1.2
	desorientiert	-1.2
60	wechselhaft	-1.3
61	verlangsamt	-1.4
	suizidal	-1.4
	sprunghaft	-1.4
	antriebsarm	-1.4
	verstimmt	-1.4
66	unruhig	-1.5
	eingeengt	-1.5

Tabelle 7 (Forts.)

Rang	Eigenschaftsbegriff	Punktwert
1	2	3
68	verschlossen	-1.6
69	schwunglos	-1.7
	inadäquat	-1.7
	affektlabil	-1.7
	eingeschränkt	-1.7
	gespannt	-1.7
74	stuporös	-1.8
	inkohärent	-1.8
	gestört	-1.8
	getrieben	-1.8
	mutistisch	-1.8
	unaufmerksam	-1.8
80	affektiv steif	-1.9
	manieriert	-1.9
82	unbeteiligt	-2.0
	unmotiviert	-2.0
	zerfahren	-2.0
85	weinerlich	-2.2
	starr	-2.2
	paranoid	-2.2
	mißtrauisch	-2.2
	erregt	-2.2
90	umtriebig	-2.3
91	affektlos	-2.4
	weitschweifig	-2.4
93	reizbar	-2.7
	abweisend	-2.7
95	negativistisch	-2.8
	läppisch	-2.8
97	gereizt	-2.9
98	distanzlos	-3.3
99	aggressiv	-3.8

Tabelle 8

Rangfolge der 99 Eigenschaftsbegriffe entsprechend ihrer Bewertung in der Dimension "Soziale Erwünschtheit"

Rang	Eigenschaftsbegriff	Punktwert
1	2	3
1	intelligent	+4.6
2	aufgeschlossen	+4.4
3	ausgeglichen	+4.3
4	freundlich	+4.0
	höflich	+4.0
6	ungestört	+3.9
	kontaktfreudig	+3.9
8	orientiert	+3.8
	krankheitseinsichtig	+3.8
10	geordnet	+3.7
	gebessert	+3.7
12	bewußtseinsklar	+3.6
13	modulationsfähig	+3.5
	zugewandt	+3.5
15	vital	+3.4
16	gepflegt	+3.3
	zugänglich	+3.3
18	schwingungsfähig	+3.1
	adäquat	+3.1
	kohärent	+3.1
21	produktiv	+2.9
22	ruhig	+2.8
	normal	+2.8
24	unauffällig	+2.5
25	angepaßt	+2.3
	rapportfähig	+2.3
27	aufgelockert	+2.0
28	geordnet	+1.8
29	zurückhaltend	+1.5

Tabelle 8 (Forts.)

Rang	Eigenschaftsbegriff	Punktwert
1	2	3
30	distanziert	+1.2
31	durchschnittlich	+0.5
	besorgt	+0.5
33	leise	+0.3
34	hypomanisch	-1.0
	redselig	-1.0
36	euphorisch	-1.3
37	introvertiert	-1.4
38	abgemagert	-1.5
	ängstlich	-1.5
	verändert	-1.5
41	zurückgezogen	-1.6
	krankheitsuneinsichtig	-1.6
43	müde	-1.7
44	abgespannt	-1.8
45	wechselnd	-1.9
46	wechselhaft	-2.0
47	auffällig	-2.1
	gedrückt	-2.1
49	sprunghaft	-2.3
	ambivalent	-2.3
51	vermindert	-2.4
	unsicher	-2.4
	unaufmerksam	-2.4
	maniform	-2.4
	eingeengt	-2.4
	weitschweifig	-2.4
57	verschlossen	-2.5
	verlangsamt	-2.5
	gehemmt	-2.5
60	unruhig	-2.6
	antriebsarm	-2.6
62	schwunglos	-2.7
	manieriert	-2.7
64	gequält	-2.8
	ratlos	-2.8
66	depressiv	-2.9
	eingeschränkt	-2.9

Tabelle 8 (Forts.)

Rang	Eigenschaftsbegriff	Punktwert
1	2	3
69	affektlos	-3.1
	gespannt	-3.1
	ideenflüchtig	-3.1
	mißtrauisch	-3.1
	unbeteiligt	-3.1
74	affektlabil	-3.2
75	starr	-3.3
	getrieben	-3.3
	inadäquat	-3.3
78	affektiv steif	-3.4
	weinerlich	-3.4
80	verzweifelt	-3.5
	unmotiviert	-3.5
	umtriebig	-3.5
	abweisend	-3.5
	distanzlos	-3.5
85	inkohärent	-3.6
	erregt	-3.6
87	reizbar	-3.8
88	gereizt	-3.9
	läppisch	-3.9
90	verwirrt	-4.0
91	mutistisch	-4.1
92	depressiv	-4.2
	zerfahren	-4.2
	negativistisch	-4.2
95	gestört	-4.3
96	stuporös	-4.4
97	paranoid	-4.5
98	aggressiv	-4.8
99	suizidal	-5.0

Tabelle 9

Zuordnung der 99 Eigenschaftsbegriffe zu Bewertungsklassen und Rangfolge nach der Dimension "Soziale Wertung"

Bewertungsklasse Nr.	Bezeichnung	Eigenschafts-begriff	Punktwert	Rang
1	2	3	4	5
1	Stark positiv wertend	ausgeglichen	+4.0	1
		aufgeschlossen	+3.9	2
		intelligent	+3.8	3
		freundlich	+3.6	4
		höflich	+3.5	5
		kontaktfreudig	+3.3	6
		krankheitseinsichtig	+3.2	7
		zugewandt	+3.2	7
		gepflegt	+3.0	9
		modulationsfähig	+3.0	9
2	Positiv wertend	gebessert	+2.9	11
		schwingungsfähig	+2.9	11
		ungestört	+2.9	11
		zugänglich	+2.9	11
		vital	+2.8	15
		ruhig	+2.7	16
		bewußtseinsklar	+2.6	17
		orientiert	+2.6	17
		produktiv	+2.5	19
		geordnet	+2.4	20
		kohärent	+2.3	21
		adäquat	+2.1	22
3	Schwach positiv wertend	angepaßt	+1.9	23
		gelockert	+1.9	23
		normal	+1.9	23
		aufgelockert	+1.7	26
		rapportfähig	+1.7	26
		zurückhaltend	+1.5	28

Tabelle 9 (Forts.)

Bewertungsklasse Nr.	Bezeichnung	Eigenschafts-begriff	Punktwert	Rang
1	2	3	4	5
4	Nicht oder kaum sozial wertend	distanziert	+0.6	29
		besorgt	+0.6	29
		leise	+0.4	31
		durchschnittlich	+0.3	32
		hypomanisch	-0.5	33
		euphorisch	-0.7	34
		introvertiert	-0.8	35
		ängstlich	-0.9	36
5	Schwach sozial abwertend	abgespannt	-1.0	37
		müde	-1.0	37
		redselig	-1.0	37
		verändert	-1.0	37
		zurückgezogen	-1.0	37
		abgemagert	-1.2	42
		krankheitsuneinsichtig	-1.2	42
		auffällig	-1.5	44
		unsicher	-1.5	44
		ambivalent	-1.6	46
		ratlos	-1.6	46
		wechselnd	-1.6	46
		depressiv	-1.7	49
		gequält	-1.7	49
		maniform	-1.7	49
		vermindert	-1.7	49
		wechselhaft	-1.7	49
		gedrückt	-1.7	49
		unauffällig	-1.8	56
		sprunghaft	-1.9	57
6	Sozial abwertend	antriebsarm	-2.0	58
		eingeengt	-2.0	58
		verlangsamt	-2.0	58

Tabelle 9 (Forts.)

Bewertungsklasse Nr.	Bezeichnung	Eigenschafts-begriff	Punktwert	Rang
1	2	3	4	5
6	Sozial abwertend	unaufmerksam	-2.1	61
		unruhig	-2.1	61
		verschlossen	-2.1	61
		verzweifelt	-2.1	61
		ideenflüchtig	-2.2	65
		schwunglos	-2.2	65
		verstimmt	-2.2	65
		eingeschränkt	-2.3	68
		manieriert	-2.3	68
		gespannt	-2.4	70
		weitschweifig	-2.4	70
		affektlabil	-2.5	72
		inadäquat	-2.5	72
		getrieben	-2.6	74
		unbeteiligt	-2.6	74
		verwirrt	-2.6	74
		affektiv steif	-2.7	77
		desorientiert	-2.7	77
		inkohärent	-2.7	77
		mißtrauisch	-2.7	77
		affektlos	-2.8	81
		starr	-2.8	81
		weinerlich	-2.8	81
		unmotiviert	-2.8	81
		erregt	-2.9	85
		umtriebig	-2.9	85
7	Sozial stark abwertend	mutistisch	-3.0	87
		abweisend	-3.1	88
		gestört	-3.1	88
		stuporös	-3.1	88
		zerfahren	-3.1	88
		suizidal	-3.2	92
		reizbar	-3.3	93

Tabelle 9 (Forts.)

Bewertungsklasse Nr.	Bezeichnung	Eigenschafts-begriff	Punktwert	Rang
1	2	3	4	5
7	Sozial stark abwertend	distanzlos	-3.4	94
		gereizt	-3.4	94
		läppisch	-3.4	94
		paranoid	-3.4	94
		negativistisch	-3.5	98
		aggressiv	-4.3	99

Tabelle 10

Vergleich der Eigenschaftsbegriffe auf den ersten Rangplätzen in den Dimensionen "Sympathie", "Soziale Erwünschtheit" und "Soziale Wertung"

"Sympathie"		"Soziale Erwünschtheit"		"Soziale Wertung"	
Eigenschaftsbegriff	Rangplatz	Eigenschaftsbegriff	Rangplatz	Eigenschaftsbegriff	Rangplatz
1	2	3	4	5	6
ausgeglichen	1	intelligent	1	ausgeglichen	1
aufgeschlossen	2	aufgeschlossen	2	aufgeschlossen	2
freundlich	3	ausgeglichen	3	intelligent	3
höflich	4	freundlich	4	freundlich	4
intelligent	4	höflich	4	höflich	5

Tabelle 11

Die Eigenschaftsbegriffe der Bewertungsklasse 1 mit Angabe der Rangplätze für die Dimensionen "Soziale Wertung", "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" sowie der Differenz der beiden letzteren

Eigenschaftsbegriff	Rangplatz für die Dimensionen			Differenz der Rangplätze: (3) minus (4)
	Soz. Wertung	Sympathie	Soz. Erwünschtheit	
1	2	3	4	5
ausgeglichen	1	1	3	-2
aufgeschlossen	2	2	2	0
intelligent	3	4	1	+3
freundlich	4	3	4	-1
höflich	5	4	4	0
kontaktfreudig	6	7	6	+1
krankheitseinsichtig	7	11	8	+3
zugewandt	8	6	13	-7
gepflegt	9	7	13	-6
modulationsfähig	10	13	13	0

Tabelle 12

Die Eigenschaftsbegriffe der Bewertungsklasse 7 mit Angabe der Rangplätze für die Dimensionen "Soziale Wertung", "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit" sowie der Differenz der beiden letzteren

Eigenschaftsbegriff	Rangplatz für die Dimensionen			Differenz der Rangplätze: (3) minus (4)
	Soz. Wertung	Sympathie	Soz. Erwünschtheit	
1	2	3	4	5
mutistisch	87	74	91	-17
abweisend	88	93	80	+13
gestört	88	74	95	-21
stuporös	88	74	96	-22
zerfahren	88	82	92	-10
suizidal	92	61	99	-38
reizbar	93	93	87	+ 6
distanzlos	94	98	80	+12
gereizt	94	97	88	+ 9
läppisch	94	95	88	+ 7
paranoid	94	85	97	-12
negativistisch	98	95	92	+ 3
aggressiv	99	99	98	+ 1

Tabelle 13

Rangfolge der 24 Eigenschaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1 und 2 nach der Dimension "Sympathie"

Rang	Eigenschaftsbegriff	Punktwert
1	2	3
1	freundlich	+3.2
2	gepflegt	+2.7
3	ruhig	+2.6
	schwingungsfähig	+2.6
5	krankheitseinsichtig	+2.5
6	geordnet	+2.1
7	gelockert	+1.9
8	bewußtseinsklar	+1.6
9	orientiert	+1.4
10	ängstlich	-0.3
	ratlos	-0.3
12	depressiv	-0.5
13	sprunghaft	-1.4
14	unruhig	-1.5
15	gespannt	-1.7
	inadäquat	-1.7
17	inkohärent	-1.8
18	manieriert	-1.9
19	zerfahren	-2.0
20	mißtrauisch	-2.2
	erregt	-2.2
22	abweisend	-2.7
23	läppisch	-2.8
24	gereizt	-2.9

Tabelle 14

Rangfolge der 24 Eigenschaftsbegriffe der Häufigkeitsklassen 1 und 2 nach der Dimension "Soziale Erwünschtheit"

Rang	Eigenschaftsbegriff	Punktwert
1	2	3
1	freundlich	+4.0
2	orientiert	+3.8
	krankheitseinsichtig	+3.8
4	geordnet	+3.7
5	bewußtseinsklar	+3.6
6	gepflegt	+3.3
7	schwingungsfähig	+3.1
8	ruhig	+2.8
9	gelockert	+1.8
10	ängstlich	-1.5
11	sprunghaft	-2.3
12	unruhig	-2.6
13	manieriert	-2.7
14	ratlos	-2.8
15	depressiv	-2.9
16	gespannt	-3.1
	mißtrauisch	-3.1
18	inadäquat	-3.3
19	abweisend	-3.5
20	inkohärent	-3.6
	erregt	-3.6
22	gereizt	-3.9
	läppisch	-3.9
24	zerfahren	-4.2

Tabelle 15

Zuordnung der 24 Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1 und 2) zu Bewertungsklassen und Rangfolge nach der Dimension "Soziale Wertung"

Bewertungsklasse Nr.	Bezeichnung	Eigenschaftsbegriff	Punktwert	Rang
1	2	3	4	5
1	Stark positiv wertend	freundlich	+3.2	1
		krankheitseinsichtig	+3.2	1
		gepflegt	+3.0	3
2	Positiv wertend	schwingungsfähig	+2.9	4
		ruhig	+2.7	5
		bewußtseinsklar	+2.6	6
		orientiert	+2.6	6
		geordnet	+2.4	8
3	Schwach positiv wertend	gelockert	+1.9	9
4	Nicht oder kaum sozial wertend	ängstlich	-0.9	10
5	Schwach sozial abwertend	ratlos	-1.6	11
		depressiv	-1.7	12
		sprunghaft	-1.9	13
6	Sozial abwertend	unruhig	-2.1	14
		manieriert	-2.3	15
		gespannt	-2.4	16
		inadäquat	-2.5	17
		inkohärent	-2.7	18
		mißtrauisch	-2.7	18
		erregt	-2.9	20
7	Sozial stark abwertend	abweisend	-3.1	21
		zerfahren	-3.1	21
		gereizt	-3.4	23
		läppisch	-3.4	23

Tabelle 16

Rangplätze der Eigenschaftsbegriffe "höflich", "freundlich" und "gepflegt" in den Dimensionen "Sympathie" und "Soziale Erwünschtheit"

Eigenschafts-begriff	Rangplatz in der Rangliste von Eigenschaftsbegriffen der Häufigkeitsklassen			
	1, 2 und 3 in der Dimension		1 und 2 in der Dimension	
	Sympathie	Soz. Erwünschtheit	Sympathie	Soz. Erwünschtheit
1	2	3	4	5
höflich	4	4	-	-
freundlich	3	4	1	1
gepflegt	7	13	2	6

Tabelle 17

Rangordnung der Eigenschaftsbegriffe, die zur Beschreibung des Bewußtseins- und Orientierungszustandes verwendet wurden, nach der Dimension "Soziale Wertung" mit Angabe ihrer Häufigkeit

Rang Nr.	Eigenschaftsbegriff	"Soziale Wertung"	Gesamthäufigkeit	Verhältnis der Häufigkeiten von direkter zu indirekter adj. Verwendung u. Angabe des Merkmals bei indirekter Verwendung
1	2	3	4	5
1	ungestört	+2.9	4	0 : 4 "Aufmerksamkeit u.Konzentration"
2	bewußtseinsklar	+2.6	108	108 : 0 -
3	orientiert	+2.6	131	131 : 0 -
4	normal	+1.9	4	1 : 3 "Aufmerksamkeit u.Konzentration"
5	unauffällig	+1.8	8	7 : 1 "Aufmerksamkeit u.Konzentration"
6	wechselhaft	-1.7	3	1 : 2 "Aufmerksamkeit u.Konzentration"
7	eingeschränkt	-1.7	4	1 : 2 "Aufmerksamkeit u.Konzentration" : 1 "Bewußtsein"
8	verwirrt	-2.6	2	2 : 0 -
9	desorientiert	-2.7	4	4 : 0 -
10	gestört	-3.1	3	0 : 3 "Aufmerksamkeit u.Konzentration"
	insgesamt:		271	255 : 16

durchschnittliche "Soziale Wertung": 0.0

Tabelle 18

Gliederung der Eigenschaftsbegriffe der Tab. 17 nach dem Vorzeichen der "Sozialen Wertung", der Häufigkeit und der grammatischen Verwendung

Soz. Wertung	Nennungshäufigkeit: mehr als 10mal, grammatische Verwendung vorwiegend: direkt	Nennungshäufigkeit: mehr als 10mal, grammatische Verwendung vorwiegend: indirekt	Nennungshäufigkeit: 2mal bis 10mal, grammatische Verwendung vorwiegend: direkt	Nennungshäufigkeit: 2mal bis 10mal, grammatische Verwendung vorwiegend: indirekt
1	2	3	4	5
+	1. bewußtseinsklar 2. orientiert	-	1. unauffällig	1. ungestört 2. normal
-	-	-	1. desorientiert	1. gestört 2. wechselhaft 3. eingeschränkt

Tabelle 19

Rangordnung der Eigenschaftsbegriffe, die zur Beschreibung von Antrieb und Motorik verwendet wurden, nach der Dimension "Soziale Wertung"

Rang Nr.	Eigenschaftsbegriff	"Soz. Wertung	Gesamthäufigkeit	Verhältnis der Häufigkeiten von direkter zu indirekter adj. Verwendung u. Angabe des Merkmals bei indirekter Verwendung
1	2	3	4	5
1	vital	+2.8	2	2 : 0
2	ruhig	+2.7	24	24 : 0
3	normal	+1.9	1	1 : 0 "Antrieb und Motorik"
4	müde	-1.0	2	2 : 0
	abgespannt	-1.0	2	2 : 0
6	vermindert	-1.7	6	0 : 6 "Antrieb und Motorik"
7	unauffällig	-1.8	1	0 : 1 "Antrieb und Motorik"
8	verlangsamt	-2.0	5	5 : 0
	antriebsarm	-2.0	2	2 : 0
10	unruhig	-2.1	29	28 : 1 "Bewegungen"
11	schwunglos	-2.2	2	2 : 0
12	manieriert	-2.3	12	8 : 3 "Verhalten" : 1 "Bewegungen"
13	gespannt	-2.4	42	41 : 0
14	unbeteiligt	-2.6	2	2 : 0
15	unmotiviert	-2.8	2	1 : 0
16	mutistisch	-3.0	2	2 : 0
17	stuporös	-3.1	3	3 : 0
18	negativistisch	-3.5	2	2 : 0
	INSGESAMT:		141	127 : 12

durchschnittliche "Soziale Wertung": -1.45

Tabelle 20

Gliederung der Eigenschaftsb egriffe der Tab. 19 nach dem Vorzeichen der "Sozialen Wertung", der Häufigkeit und der grammatischen Verwendung

Soz. Wertung	Nennungshäufigkeit: mehr als 10mal – grammatische Verwendung vorwiegend: direkt	Nennungshäufigkeit: mehr als 10mal – grammatische Verwendung vorwiegend: indirekt	Nennungshäufigkeit: 2mal bis 10mal – grammatische Verwendung vorwiegend: direkt	Nennungshäufigkeit: 2mal bis 10mal – grammatische Verwendung vorwiegend: indirekt
1	2	3	4	5
+	1. ruhig	-	1. vital	1. normal
-	1. gespannt	-	1. negativistisch 2. stuporös 3. mutistisch 4. unmotiviert 5. unbeteiligt 6. schwunglos 7. antriebsarm 8. verlangsamt 9. abgespannt 10. müde	1. vermindert 2. unauffällig

Tabelle 21

Rangordnung der Eigenschaftsbegriffe, die zur Beschreibung des Denkens verwendet wurden, nach der Dimension "Soziale Wertung"

Rang Nr.	Eigenschafts-begriff	"Soz. Wertung	Gesamthäufigkeit	Verhältnis der Häufigkeiten von direkter zu indirekter adj. Verwendung u. Angabe des Merkmals bei indirekter Verwendung	
1	2	3	4		5
1	geordnet	+2.4	23	11 : 11	"Denken"
2	kohärent	+2.3	3	3 : 0	
3	gelockert	+1.9	20	13 : 7	"Gedanken(gang)", "Gedankenablauf"
4	aufgelockert	+1.7	3	3 : 0	
5	sprunghaft	-1.9	14	8 : 6	"Denken"
6	verlangsamt	-2.0	5	4 : 1	"Denken"
7	ideenflüchtig	-2.2	2	2 : 0	
8	inkohärent	-2.7	13	6 : 7	"Denken"
9	zerfahren	-3.1	31	20 : 11	"Denken"
	insgesamt:		114	70 : 43	

durchschnittliche "Soziale Wertung": -0.4

Tabelle 22

Gliederung der Eigenschaftsbegriffe der Tab. 21 nach dem Vorzeichen der "Sozialen Wertung", der Häufigkeit und der grammatischen Verwendung

Soz. Wertung	Nennungshäufigkeit			
	mehr als 10mal		2mal bis 10mal	
	grammatische Verwendung vorwiegend		grammatische Verwendung vorwiegend	
	direkt	indirekt	direkt	indirekt
1	2	3	4	5
+	1. geordnet 2. gelockert	-	1. kohärent 2. aufgelockert	-
-	1. zerfahren 2. sprunghaft	1. inkohärent	1. ideenflüchtig 2. verlangsamt	-

Tabelle 23

Rangordnung der Eigenschaftsbegriffe, die zur Beschreibung von Stimmungslage und Affekt verwendet wurden, nach der Dimension "Soziale Wertung"

Rang Nr.	Eigenschaftsbegriff	"Soz. Wertung	Gesamthäufigkeit	Verhältnis der Häufigkeiten von direkter und indirekter adj. Verwendung u. Angabe des Merkmals bei indirekter Verwendung	
1	2	3	4	5	
1	ausgeglichen	+4.0	7	4 : 3	"Stimmungslage"
2	freundlich	+3.6	14	11 : 1	"Stimmungslage"
3	modulationsfähig	+3.0	3	3 : 0	
4	schwingungsfähig	+2.9	11	11 : 0	
5	adäquat	+2.1	7	2 : 1	"Mimik und Gestik"
6	angepaßt	+1.9	3	2 : 0	
7	aufgelockert	+1.7	3	3 : 0	
8	besorgt	+0.6	2	2 : 0	
	distanziert	+0.6	6	5 : 1	"Mimik und Gestik"
10	hypomanisch	-0.5	2	2 : 0	
11	euphorisch	-0.7	6	4 : 2	"Stimmungslage"
12	introvertiert	-0.8	2	2 : 0	
13	ängstlich	-0.9	34	26 : 7	"Stimmungslage"
14	verändert	-1.0	2	0 : 2	"Stimmungslage"
15	gedrückt	-1.3	5	1 : 4	"Stimmungslage"
16	unsicher	-1.5	3	3 : 0	
17	ratlos	-1.6	20	19 : 0	
	wechselnd	-1.6	2	0 : 2	"Stimmungslage"
	ambivalent	-1.6	9	8 : 1	"Verhalten"
20	maniform	-1.7	2	2 : 0	
	depressiv	-1.7	14	13 : 1	"Stimmungslage"
	gehemmt	-1.7	6	6 : 0	
	gequält	-1.7	2	2 : 0	
	wechselhaft	-1.7	3	1 : 2	"Stimmungslage"

Tabelle 23 (Forts.)

Rang Nr.	Eigenschafts-begriff	"Soz. Wertung	Gesamthäufigkeit	Verhältnis der Häufigkeiten von direkter und indirekter adj. Verwendung u. Angabe des Merkmals bei indirekter Verwendung
1	2	3	4	5
25	unauffällig	-1.8	9	7 : 2 "Stimmungslage"
26	sprunghaft	-1.9	15	9 : 6 "Affekt"
27	verzweifelt	-2.1	2	2 : 0
28	verstimmt	-2.2	4	4 : 0
29	affektlabil	-2.5	3	3 : 0
	inadäquat	-2.5	21	17 : 4 "Affekt"
31	getrieben	-2.6	6	5 : 1 "Stimmungslage"
32	mißtrauisch	-2.7	24	22 : 0
	affektiv steif	-2.7	3	3 : 0
34				
34	weinerlich	-2.8	2	2 : 0
	affektlos	-2.8	3	3 : 0
	starr	-2.8	4	3 : 1 "Stimmungslage"
37	erregt	-2.9	13	9 : 1 "Stimmungslage"
38	abweisend	-3.1	12	10 : 1 "Mimik und Gestik"
39	reizbar	-3.3	3	3 : 0
40	distanzlos	-3.4	4	4 : 0
	gereizt	-3.4	13	10 : 3 "Stimmungslage"
	läppisch	-3.4	11	7 : 3 "Stimmung"
				: 1 "Verhalten"
	INSGESAMT:		320	255 : 50

durchschnittliche "Soziale Wertung": -1.15

Tabelle 24

Gliederung der Eigenschaftsbegriffe der Tab. 23 nach dem Vorzeichen der "Sozialen Wertung", der Häufigkeit und der grammatischen Verwendung

Soz. Wertung	Nennungshäufigkeit: mehr als 10mal, grammatische Verwendung vorwiegend: direkt	Nennungshäufigkeit: mehr als 10mal, grammatische Verwendung vorwiegend: indirekt	Nennungshäufigkeit: 2mal bis 10mal, grammatische Verwendung vorwiegend: direkt	Nennungshäufigkeit: 2mal bis 10mal, grammatische Verwendung vorwiegend: indirekt
1	2	3	4	5
+	1. freundlich 2. schwingungsfähig	-	1. ausgeglichen 2. modulationsfähig 3. adäquat 4. angepaßt 5. aufgelockert 6. besorgt 7. distanziert	
-	1. läppisch 2. gereizt 3. abweisend 4. erregt 5. mißtrauisch 6. inadäquat 7. sprunghaft 8. depressiv 9. ratlos 10. ängstlich	-	1. distanzlos 2. reizbar 3. starr affektlos weinerlich 6. affektiv steif 7. getrieben 8. affektlabil 9. verstimmt 10. verzweifelt 11. unauffällig 12. gequält gehemmt maniform 15. ambivalent 16. unsicher 17. introvertiert 18. euphorisch 19. hypomanisch	1. wechselhaft 2. wechselnd 3. gedrück 4. verändert

Tabelle 25

Durchschnittliche "Soziale Wertung" und Häufigkeiten von Eigenschaftsbegriffen zur Beschreibung der psychopathologischen Merkmale "Bewußtseins- und Orientierungszustand", "Antrieb und Motorik", "Denken" und "Stimmungslage und Affekt"

Psychopathologisches Merkmal	Eigenschaftsbegriffe					
	durchschnittliche "Soziale Wertung"	Gesamt-Anzahl		Gesamt-Häufigkeit		Anteil der E.B., die überwiegend direkt verwendet wurden i.v.H.
		a.	i.v.H.	a.	i.v.H.	
1	2	3	4	5	6	7
Bewußtseins- u. Orientierungszustand	0.00	10	10,1	271	29,0	50,0
Antrieb und Motorik	-1.45	18	18,2	141	15,1	83,3
Denken	-0.40	9	9,1	114	12,2	88,9
Stimmungslage und Affekt	-1.15	42	42,4	320	34,2	90,4
insgesamt:		79	79,8	846	90,5	

Tabelle 26

Anteil der Eigenschaftsbegriffe zur Beschreibung der psychopathologischen Merkmale "Bewußtseins- und Orientierungszustand", "Antrieb und Motorik", "Denken" und "Stimmungslage und Affekt" mit negativem Vorzeichen in der Dimension "Soziale Wertung"

Psychopathologisches Merkmal	Anteil der Eigenschaftsbegriffe mit negativem Vorzeichen in der Dimension "Soziale Wertung"			
	Anzahl		summierte Häufigkeiten	
	a.	i.v.H.	a.	i.v.H.
1	2	3	4	5
Bewußtseins- und Orientierungszustand	5	50,0	16	5,9
Antrieb und Motorik	15	83,3	114	80,9
Denken	5	55,0	65	57,0
Stimmungslage und Affekt	33	78,6	265	82,8

2 ABBILDUNGEN

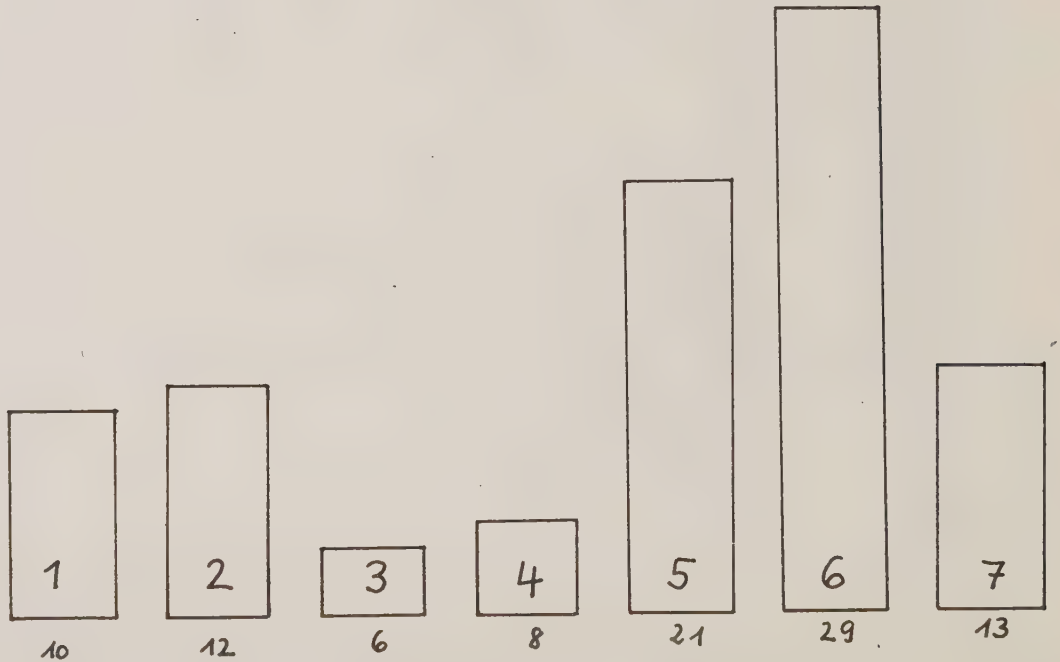
Übersicht über die Abbildungen dieser Arbeit

Abb. 1 Anzahl der 99 Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3) pro Bewertungsklasse (cf. Tab. 5)

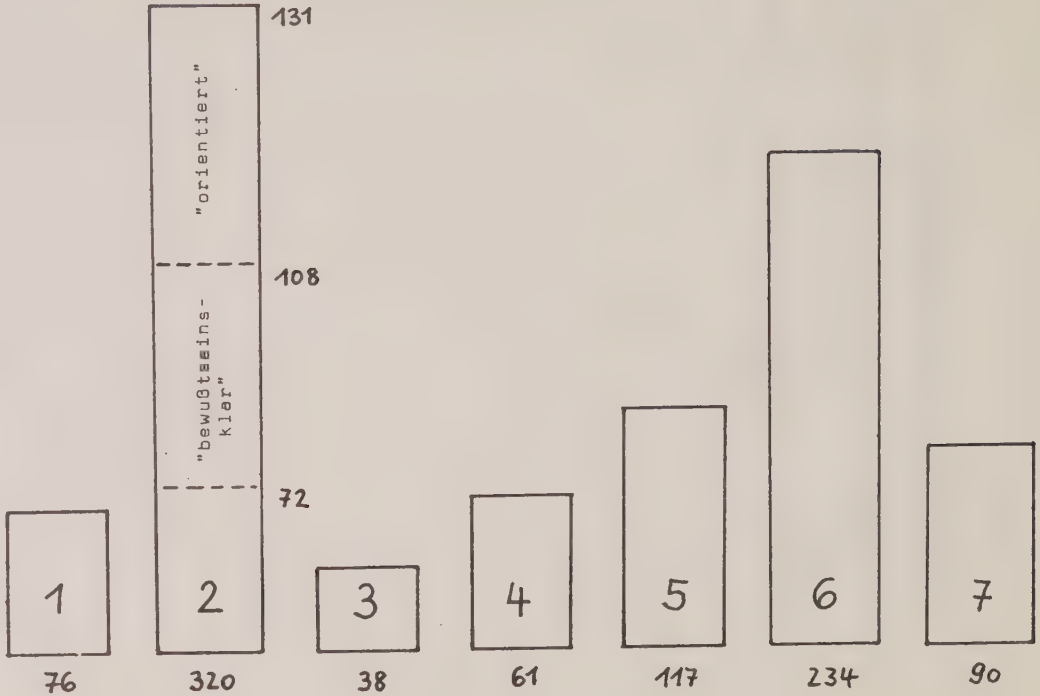
Abb. 2 Summe der Häufigkeiten aller Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3) pro Bewertungsklasse (cf. Tab. 5)

Abb. 1

Anzahl der 99 Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3) pro Bewertungsklasse (cf. Tab. 5)



Summe der Häufigkeiten aller Eigenschaftsbegriffe (Häufigkeitsklassen 1, 2 und 3) pro Bewertungsklasse (cf. Tab. 5)



3 FRAGEBÖGEN

Übersicht über die Fragebögen dieser Arbeit

Fragebogen 1: Fragebogen zur Erfassung von Eigenschaftsbegriffen sowie von Sozialdaten

Fragebogen 2: Fragebogen zur Bewertung der Eigenschaftsbegriffe

Fragebogen 1: Fragebogen zur Erfassung von Eigenschaftsbegriffen sowie von Sozialdaten

FORSCHUNGSSTELLE PSYCHIATRISCHE SOZIOLOGIE
RHEINISCHES LANDESKRANKENHAUS DÜSSELDORF -
PSYCHIATRISCHE KLINIK DER UNIVERSITÄT

..... 1976

SEMANTIK-STUDIE

lfd. Nr.: ☐☐☐ Aufnahme: ☐☐☐☐☐☐

1. PERSONALIEN

Name, Vorname: .....

Geschlecht: männl....( )1 Geburtsdatum:
weibl....( )2 Tag Monat Jahr

Geburtsort: .....

Wohnsitz: .....
(Ort, Straße, Haus-Nr., Heim)

2. SOZIALDATEN

Konfession: ..... Staatsangeh.: .....

Familienstand: ledig.....( )1 verheiratet..( )2
geschieden( )3 verwitwet....( )4

Lebensform:

-allein lebend.....( )1 -mit Ehepartner lebend...( )5
-mit eigener Familie( )2 -in der Familie d. Eltern( )6
-in der Familie der Kinder.....( )3 -mit anderem Partner lebend.....( )7
-in Heim/Institution( )4 -mit Verwandten lebend...( )8

Berufsbezeichnung: .....
(bei nicht berufstätigen Frauen: Beruf Mann/Vater)

Art der Beschäftigung
z. Zt. der Aufnahme: .....

Beruf

(Spalte 1 2 3)

1	ARBEITER	erlernt	ausgeübt	SCHOLER/ STUDENT ( )500
11	Hilfsarbeiter.....	( )0	..... ( )1	
12	Arbeiter.....	( )0	..... ( )1	LEHRLING ( )600
13	Facharbeiter.....	( )0	..... ( )1	
14	Landw. Arb.....	( )0	..... ( )1	HAUSFRAU+) ( )700
2	ANGESTELLTER	erlernt	ausgeübt	RENTNER/ PENSIONÄR ( )800
21	Techn. Ang.....	( )0	..... ( )1	
22	kfm. Ang.....	( )0	..... ( )1	
23	Büro-Ang.....	( )0	..... ( )1	OHNE BERUF ( )900
24	Handwerk.-Ang.....	( )0	..... ( )1	
	SELBSTÄNDIGER	erlernt	ausgeübt	+) Beruf Mann/Vater (V) (E)
31	Freier Beruf.....	( )0	..... ( )1	
32	Selbst. Kaufmann.....	( )0	..... ( )1	
33	Selbst. Handw.....	( )0	..... ( )1	
34	Vertreter.....	( )0	..... ( )1	
35	Landwirt.....	( )0	..... ( )1	
	BEAMTE	erlernt	ausgeübt	
41	einfacher/mittl. Dienst....	( )0	..... ( )1	
42	gehobener/höherer Dienst...	( )0	..... ( )1	

wird dieser Beruf ausgeübt in:

-mehr ausführender Stellung..... ( )

-mehr leitender Stellung..... ( )

4. EINWEISUNGSINSTANZ

- Behörde: Gericht....( )1 Polizei.....( )2
  Ordnungsamt( )3 Gesundheitsamt( )4
- Arzt: prakt. Arzt( )1 Nervenfacharzt( )2
  anderer Facharzt ( )——→welcher?.....
- Krankenhaus: allgemeines( )1 psychiatrisches( )2
- Familie/Verwandte..( )1 - Bekannte/Freunde..( )2
- aus eigenem Antrieb( )3 - Sonstige.....

5. EINWEISUNGSMODUS: freiwillig( )1 Vormundschaft/ Pflegschaft.....( )3
   StGB.....( )4
   Sonstiger( )6 Erziehungsbe- rechtigte.....( )5
   Psych. KG.( )2

6. VERWEILDATEN

Aufnahmedatum: ☐☐☐☐☐☐

Entlassungsdatum: ☐☐☐☐☐☐

7. DIAGNOSE: .....(Enddiagnose)

A U S Z Ä H L U N G S L I S T E

Satz-Nr.	Anzahl d. Wörter des Satzes	Anzahl d. Adjektiva des Satzes	Adjektiva

RHEINISCHES LANDESKRANKENHAUS - PSYCHIATRISCHE KLINIK DER UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

- Forschungsstelle für klinische Psychologie -
- Forschungsstelle Psychiatrische Soziologie -

Sehr geehrte Damen,
Sehr geehrte Herren,

die Forschungsstellen für klinische Psychologie und Psychiatrische Soziologie des Rheinischen Landeskrankenhauses - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf bitten Sie um Ihre Mitarbeit bei einer Studie, die sich zum Ziel gesetzt hat im AMP verwendete Eigenschaftswörter und Eigenschaftswörter, die für eine Verwendung im AMP in Betracht kommen, zu untersuchen.

Sie finden im folgenden vier Listen mit Eigenschaftswörtern, die zugehörigen Instruktionen und Skalen, auf denen Sie bitte Ihre persönliche Meinung durch ein Kreuz markieren.

TEIL A

Nehmen Sie einmal an, ein Bekannter fragt Sie um Rat. Er fragt nach Ihrer Meinung über eine Ihnen unbekannte Person, die er mit einer Reihe von Eigenschaftswörtern beschreibt. Neben anderen Wörtern nennt er das Wort "...".

Unsere Fragen an Sie:

(1) Beschreibt dieses Wort einen für Sie w i c h t i g e n Sachverhalt ?

Tragen Sie Ihre Meinung bitte jeweils auf der linken Skala ein! Sie können jede aufgeführte ganze Zahl ankreuzen(nicht zwischen den Zahlen!):

0=völlig unwichtig ..... 6=sehr wichtig

(2) Ist dieses Wort inhaltlich e i n d e u t i g ?

Kreuzen Sie diesmal bitte eine Zahl der rechten Skala:

0= äußerst mehrdeutig ... 6 = exakt eindeutig

Beispiel:

Angenommen, Ihr Bekannter nennt das Wort "anständig".
Sie finden diese Aussage vielleicht ziemlich wichtig, aber eher mehrdeutig.
Dann kreuzen Sie z.B. so an:

"anständig" 0 1 2 3 X 5 6 0 1 X 3 4 5 6

	völlig unwichtig	sehr unwichtig	eher unwichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig	äußerst mehrdeutig	mehrdeutig	eher mehrdeutig	in etwa eindeutig	fast eindeutig	so gut wie eindeutig	exakt eindeutig
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
distanziert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verändert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gebessert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unmotiviert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
intelligent	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
euphorisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
erregt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gelockert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
rapportfähig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
auffällig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ambivalent	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
abgemagert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
adäquat	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
höflich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
abweisend	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gestört	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verschlossen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gereizt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gedrückt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
negativistisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

	völlig unwichtig	sehr unwichtig	eher unwichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig	äußerst mehrdeutig	mehrdeutig	eher mehrdeutig	in etwa eindeutig	fast eindeutig	so gut wie eindeutig	exakt eindeutig
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
orientiert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
starr	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unbeteiligt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
depressiv	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
kontaktfreudig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gespannt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gehemmt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
inkohärent	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
aufgeschlossen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
umtriebig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unsicher	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
läppisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
geordnet	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
getrieben	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
modulationsfähig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ausgeglichen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ungestört	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
weitschweifig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
kohärent	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
hypomanisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

	völlig unwichtig	sehr unwichtig	eher unwichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig	äußerst mehrdeutig	mehrdeutig	eher mehrdeutig	in etwa eindeutig	fast eindeutig	so gut wie eindeutig	exakt eindeutig
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
abgespannt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
krankheitsuneinsichtig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
angepaßt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ideenflüchtig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verwirrt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
reizbar	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unaufmerksam	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
leise	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
redselig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
affektlos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
paranoid	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
aufgelockert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
besorgt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
stuporös	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
suicidal	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
affektiv steif	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
eingeschränkt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
manifform	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
wechselnd	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

	völlig unwichtig	sehr unwichtig	eher unwichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig	äußerst mehrdeutig	mehrdeutig	eher mehrdeutig	in etwa eindeutig	fast eindeutig	so gut wie eindeutig	exakt eindeutig
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
zurückhaltend	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ängstlich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
eingeengt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
zugänglich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
inadäquat	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
distanzlos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
aggressiv	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
mutistisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verstimmt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
zurückgezogen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
introvertiert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
schwingungsfähig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ruhig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
wechselhaft	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
schwunglos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
zerfahren	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verzweifelt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
zugewandt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
müde	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
antriebsarm	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

	völlig unwichtig	sehr unwichtig	eher unwichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig	äußerst mehrdeutig	mehrdeutig	eher mehrdeutig	in etwa eindeutig	fast eindeutig	so gut wie eindeutig	exakt eindeutig
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gepflegt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gequält	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
weinerlich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
bewußtseinsklar	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unauffällig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
normal	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
manieriert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ratlos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
vital	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
desorientiert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
affektlabil	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
freundlich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
mißtrauisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
krankheits-einsichtig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unruhig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
durchschnittlich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
sprunghaft	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
produktiv	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
vermindert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
weitschweifig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

TEIL B

Nehmen Sie einmal an, ein Bekannter fragt Sie um Rat. Er fragt nach Ihrer Meinung über eine Ihnen unbekannte Person, die er mit einer Reihe von Eigenschaftswörtern beschreibt. Neben anderen Wörtern nennt er das Wort "...".

Unsere Frage an Sie:

Erscheint Ihnen die durch dieses Wort gekennzeichnete Person eher s y m p a t h i s c h oder eher u n s y m p a t h i s c h ?

(1) Erscheint sie Ihnen eher s y m p a t h i s c h, dann tragen Sie den Grad der Sympathie bitte jeweils auf der linken Skala ein!

0 = indifferent ..... 6 = äußerst sympathisch

(2) Erscheint sie Ihnen eher u n s y m p a t h i s c h, dann tragen Sie den Grad der Antipathie bitte jeweils auf der rechten Skala ein!

0 = indifferent ..... 6 = äußerst unsympathisch

Bitte kreuzen Sie bei einem Wort e n t w e d e r auf der linken o d e r nur auf der rechten Skala an!

Beispiel:

Angenommen, Ihr Bekannter nennt das Wort "fleißig". Sie finden eine mit diesem Wort beschriebene Person vielleicht ein wenig sympathisch. Dann kreuzen Sie z.B. so an:

"fleißig" 0 X 1 2 3 4 5 6 0 1 2 3 4 5 6

	0 indifferent	1 ein wenig sympathisch	2 etwas sympathisch	3 sympathisch	4 ziemlich sympathisch	5 sehr sympathisch	6 äußerst sympathisch	0 indifferent	1 ein wenig unsympathisch	2 etwas unsympathisch	3 unsympathisch	4 ziemlich unsympathisch	5 sehr unsympathisch	6 äußerst unsympathisch
distanziert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verändert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gebessert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unmotiviert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
intelligent	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
euphorisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
erregt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gelockert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
rapportfähig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
auffällig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ambivalent	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
abgemagert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
adäquat	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
höflich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
abweisend	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gestört	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verschlossen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gereizt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gedrückt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
negativistisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
	indifferent	ein wenig sympathisch	etwas sympathisch	sympathisch	ziemlich sympathisch	sehr sympathisch	äußerst sympathisch		indifferent	ein wenig unsympathisch	etwas unsympathisch	unsympathisch	ziemlich unsympathisch	sehr unsympathisch	äußerst unsympathisch
orientiert	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
starr	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
unbeteiligt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
depressiv	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
kontaktfreudig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
gespannt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
gehemmt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
inkohärent	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
aufgeschlossen	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
umtriebig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
unsicher	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
läppisch	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
geordnet	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
getrieben	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
modulationsfähig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
ausgeglichen	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
ungestört	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
weitschweifig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
kohärent	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
hypomanisch	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6

	0 indifferent	1 ein wenig sympathisch	2 etwas sympathisch	3 sympathisch	4 ziemlich sympathisch	5 sehr sympathisch	6 äußerst sympathisch	0 indifferent	1 ein wenig unsympathisch	2 etwas unsympathisch	3 unsympathisch	4 ziemlich unsympathisch	5 sehr unsympathisch	6 äußerst unsympathisch
abgespannt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
krankheitsuneinsichtig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
angepaßt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ideenflüchtig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verwirrt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
reizbar	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unaufmerksam	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
leise	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
redselig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
affektlos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
paranoid	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
aufgelockert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
besorgt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
stuporös	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
suicidal	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
affektiv steif	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
eingeschränkt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
manifform	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
wechselnd	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
	indifferent	ein wenig sympathisch	etwas sympathisch	sympathisch	ziemlich sympathisch	sehr sympathisch	äußerst sympathisch		indifferent	ein wenig unsympathisch	etwas unsympathisch	unsympathisch	ziemlich unsympathisch	sehr unsympathisch	äußerst unsympathisch
zurückhaltend	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
ängstlich	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
eingeengt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
zugänglich	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
inadäquat	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
distanzlos	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
aggressiv	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
mutistisch	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
verstimmt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
zurückgezogen	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
introvertiert	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
schwingungsfähig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
ruhig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
wechselhaft	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
schwunglos	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
zerfahren	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
verzweifelt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
zugewandt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
müde	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
antriebsarm	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6

	indifferent	ein wenig sympathisch	etwas sympathisch	sympathisch	ziemlich sympathisch	sehr sympathisch	äußerst sympathisch	indifferent	ein wenig unsympathisch	etwas unsympathisch	unsympathisch	ziemlich unsympathisch	sehr unsympathisch	äußerst unsympathisch
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gepflegt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gequält	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
weinerlich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
bewußtseinsklar	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unauffällig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
normal	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
maniriert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ratlos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
vital	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
desorientiert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
affektlabil	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
freundlich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
mißtrauisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
krankheits-einsichtig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unruhig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
durchschnittlich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
sprunghaft	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
produktiv	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
vermindert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verlangsamt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

Teil C

Nehmen Sie einmal an, ein Bekannter fragt Sie um Rat. Er fragt nach Ihrer Meinung über eine Ihnen unbekannte Person, die er mit einer Reihe von Eigenschaftswörtern beschreibt. Neben anderen Wörtern nennt er das Wort "...".

Unsere Frage an Sie:

Halten Sie die durch das Wort genannte Eigenschaft eher für s o z i a l e r w ü n s c h t oder eher für s o z i a l u n e r w ü n s c h t ?

(1) Wenn Sie die Eigenschaft eher für e r w ü n s c h t halten, dann tragen Sie den Grad der Erwünschtheit bitte jeweils auf der linken Skala ein!

0 = Indifferent ..... 6 = äußerst erwünscht

(2) Wenn Sie die Eigenschaft eher für u n e r w ü n s c h t halten, dann tragen Sie den Grad der Unerwünschtheit bitte jeweils auf der rechten Skala ein!

0 = Indifferent ..... 6 = äußerst unerwünscht

Bitte kreuzen Sie bei einem Wort e n t w e d e r nur auf der linken o d e r nur auf der rechten Skala an!

Beispiel:

Angenommen, Ihr Bekannter nennt das Wort "fleißig". Sie finden eine mit diesem Wort beschriebene Eigenschaft vielleicht äußerst erwünscht. Dann kreuzen Sie z.B. so an:

"fleißig" 0 1 2 3 4 5 X 0 1 2 3 4 5 6

	Indifferent	ein wenig erwünscht	etwas erwünscht	erwünscht	ziemlich erwünscht	sehr erwünscht	äußerst erwünscht	Indifferent	ein wenig unerwünscht	etwas unerwünscht	unerwünscht	ziemlich unerwünscht	sehr unerwünscht	äußerst unerwünscht
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
distanziert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verändert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gebessert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unmotiviert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
intelligent	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
euphorisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
erregt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gelockert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
rapportfähig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
auffällig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ambivalent	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
abgemagert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
adäquat	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
höflich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
abweisend	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gestört	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verschlossen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gereizt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gedrückt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
negativistisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

	0 indifferent	1 ein wenig erwünscht	2 etwas erwünscht	3 erwünscht	4 ziemlich erwünscht	5 sehr erwünscht	6 äußerst erwünscht	0 indifferent	1 ein wenig unerwünscht	2 etwas unerwünscht	3 unerwünscht	4 ziemlich unerwünscht	5 sehr unerwünscht	6 äußerst unerwünscht
orientiert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
starr	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unbeteiligt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
depressiv	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
kontaktfreudig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gespannt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gehemmt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
inkohärent	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
aufgeschlossen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
umtriebig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unsicher	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
läppisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
geordnet	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
getrieben	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
modulationsfähig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ausgeglichen	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ungestört	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	
weitschweifig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3			
kohärent	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3			
hypomanisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2			5	6

	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
	indifferent	ein wenig erwünscht	etwas erwünscht	erwünscht	ziemlich erwünscht	sehr erwünscht	äußerst erwünscht		indifferent	ein wenig unerwünscht	etwas unerwünscht	unerwünscht	ziemlich unerwünscht	sehr unerwünscht	äußerst unerwünscht
abgespannt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
krankheitsun-einsichtig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
angepaßt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
ideenflüchtig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
verwirrt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
reizbar	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
unaufmerksam	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
leise	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
redselig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
affektlos	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
paranoid	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
aufgelockert	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
besorgt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
stuporös	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
suicidal	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
affektiv steif	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
eingeschränkt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
maniform	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
wechselnd	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
	indifferent	ein wenig erwünscht	etwas erwünscht	erwünscht	ziemlich erwünscht	sehr erwünscht	äußerst erwünscht		indifferent	ein wenig unerwünscht	etwas unerwünscht	unerwünscht	ziemlich unerwünscht	sehr unerwünscht	äußerst unerwünscht
zurückhaltend	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
ängstlich	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
eingeengt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
zugänglich	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
inadäquat	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
distanzlos	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
aggressiv	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
mutistisch	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
verstimmt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
zurückgezogen	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
introvertiert	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
schwingungsfähig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
ruhig	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
wechselhaft	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
schwunglos	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
zerfahren	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
verzweifelt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
zugewandt	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
müde	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
antriebsarm	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6

	0 indifferent	1 ein wenig erwünscht	2 etwas erwünscht	3 erwünscht	4 ziemlich erwünscht	5 sehr erwünscht	6 äußerst erwünscht	0 indifferent	1 ein wenig unerwünscht	2 etwas unerwünscht	3 unerwünscht	4 ziemlich unerwünscht	5 sehr unerwünscht	6 äußerst unerwünscht
gepflegt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
gequält	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
weinerlich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
bewußtseinsklar	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unauffällig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
normal	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
maniriert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
ratlos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
vital	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
desorientiert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
affektlabil	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
freundlich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
mißtrauisch	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
krankheits-einsichtig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
unruhig	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
durchschnittlich	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
sprunghaft	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
produktiv	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
vermindert	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
verlangsamt	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

4 AUFBAU DER LOCHKARTEN

Rechen-operation	Karten-Nr.	Spalte	Inhalt
	01	01-50	Skalenwerte "Wichtigkeit" der Adj. 1-50 (cf. Anm. 1)
	02	01-49	Skalenwerte "Wichtigkeit" der Adj. 51-99
	03	01-50	Skalenwerte "Eindeutigkeit" der Adj. 1-50
	04	01-49	Skalenwerte "Eindeutigkeit" der Adj. 51-99
	05	01-50	Skalenwerte (mit pos. oder neg. Vorzeichen) der Adj. 1-25 "Sympathie"
	06	01-50	Skalenwerte "Sympathie" der Adj. 26-50
	07	01-50	Skalenwerte "Sympathie" der Adj. 51-75
	08	01-48	Skalenwerte "Sympathie" der Adj. 76-99
	09	01-50	Skalenwerte "Erwünschtheit" der Adj. 1-25
	10	01-50	Skalenwerte "Erwünschtheit" der Adj. 26-50
	11	01-50	Skalenwerte "Erwünschtheit" der Adj. 51-75
	12	01-48	Skalenwerte "Erwünschtheit" der Adj. 76-99
01 bis 12		70-71	Karten-Nr. (01-12)
		72	Code-Nr. Berufsgruppe der Vp. (cf. Anm. 2)
		73-74	Alter der Vp. (in Jahren)
		75	Code-Nr. Geschlecht der Vp. (cf. Anm. 3)
		76	Rechenoperation (cf. Anm. 4
		77-80	Vp.-Nr. (fortlaufend) = Bewerter

Rechen-operation	Karten-Nr.	Spalte	Inhalt
B	01	01-02	Vorläufige Diagnose (VD): Anzahl der Wörter
		03-04	VD: Anzahl der Adj.
		05-06	VD: Anzahl der erfaßten Adj.
		07-08	VD: Code-Nr. des Arztes (cf. Anm. 5)
		09-24	VD: Code-Nr. der Adj. (cf. Anm. 6)
		25-27	Befund des aufnehmenden Arztes - Absatz Psychischer Befund (BAA-PB): Anzahl der Wörter
		28-29	BAA-PB: Anzahl der Adj.
		30-31	BAA-PB: Anzahl der erfaßten Adj.
		32-33	BAA-PB: Code-Nr. des Arztes
		34-70	BAA-PB: Code-Nr. der Adj.
		71-74	Befund des aufnehmenden Arztes - Absatz Anamnese (BAA-A): Anzahl der Wörter
		75-76	Karten-Nr. (01 bis 03)
		77	Rechenoperation (cf. Anm. 4)
		78-80	Vp-Nr. (fortl.) = Patienten
	02	01-02	Endgültige Diagnose (ED): Anzahl der Wörter
		03-04	ED: Anzahl der Adj.
		05-06	ED: Anzahl der erfaßten Adj.
		07-08	ED: Code-Nr. des Arztes
		09-24	ED: Code-Nr. der Adj.
		25-27	Krankengeschichte - Absatz Psychischer Befund (KG-PB): Anzahl der Wörter
		28-29	KG-PB: Anzahl der Adj.
		30-31	KG-PB: Anzahl der erfaßten Adj.
		32-33	KG-PB: Code-Nr. des Arztes
		34-70	KG-PB: Code-Nr. der Adj.

Rechen-operation	Karten-Nr.	Spalte	Inhalt
B	02	71-74	Krankengeschichte - Absatz Anamnese (KG-A): Anzahl der Wörter
		75-76	Karten-Nr. (01-03)
		77	Rechenoperation
		78-80	Vp-Nr. (fortl.) = Patienten
	03	01	Geschlecht der Vp. (Patienten) (cf. Anm. 3) Code-Nr.
		03-04	Geburtsdatum: Monat-Nr.
		05-06	Geburtsdatum: Jahrgang
		08-09	Geburtsort Code-Nr. (cf. Anm. 7)
		11-12	Wohnort Code-Nr. (cf. Anm. 7)
		14-17	Straße (sofern in Düsseldorf) Code-Nr. (cf. Anm. 7)
		18-20	Haus-Nr.
		22	Religion Code-Nr.)
		23	Staatsangehörigkeit Code-Nr.) (cf. Anm. 7)
		24	Familienstand Code-Nr.)
		26	Soziale Schicht Code-Nr.)
		28-29	Berufsgruppe Code-Nr.) (cf. Anm.
		31	Soziale Schicht des Ehemannes bzw. Vaters (bei Ehefrauen bzw. Schülern) Code-Nr.) 7)
		33-34	Einweisungsinstanz (cf. Anm. 8) Code-Nr.
		36	Einweisungsmodus Code-Nr. (cf. Anm. 9)
		38-39	Aufnahmedatum: Monat-Nr.
		40-41	Aufnahmedatum: Jahr
		43-44	Entlassungsdatum: Monat-Nr.
		45-46	Entlassungsdatum: Jahr
		48	Diagnose Code-Nr. (cf.Anm.10)
		75-76	Karten-Nr. (01-03)
		77	Rechenoperation
		78-80	Vp-Nr. (fortl.) = Patienten

ANMERKUNGEN

(1) Adj. in der Reihenfolge des Fragebogens

(2) Berufsgruppen der Bewerter:

1 = Arzt
2 = Psychologe
3 = Medizinstudent, klin. Semester
4 = Medizinstudent, vorklin. Semester
5 = Sozialarbeiter
7 = Apotheker
8 = Sozialwissenschaftler und Pädagogen

(3) Geschlecht: 1 = männlich 2 = weiblich

(4) Rechenoperation: A = Auswertung der Fragebögen; Vp = Bewerter

B = Auswertung der Erfassungsbögen für Krankenakten; Vp = Patienten

(5) Es liegt eine Liste vor, in der die Code-Nummern und Namen derjenigen Ärzte aufgeführt sind, deren Texte untersucht wurden.

(6) Code-Nummern der Adjektive nach einer Liste in alphabetischer Reihenfolge

(7) Diese Code-Nummern sind dem "Code-Handbuch - Vorcodierung" (U. Müller, Düsseldorf 1976) entnommen.

(8) Einweisungsinstanz:

01 = Gericht
02 = Polizei
03 = Ordnungsamt
04 = Gesundheitsamt
05 = prakt. Arzt
06 = Nervenfacharzt
07 = anderer Facharzt
08 = allgem. Krankenhaus
09 = psychiatrisches Krankenhaus
10 = Familie/Verwandte/Bekannte/Freunde
11 = aus eigenem Antrieb

(9) Einweisungsmodus:

1 = freiwillig
2 = Psych. KG
3 = Vormundschaft/Pflegschaft
4 = StGB
5 = Erziehungsberechtigte
6 = Sonstiger

(10) Diagnose

1 = Schizophrenie

LITERATURVERZEICHNIS

ABHOLZ, H.H. (Hrsg.), Krankheit und soziale Lage Frankfurt 1976

ALLPORT, G.W., Attitudes, in: MURCISON, C. (Hrsg.), Handbook of Social Psychology, Worcester, Mass., 1935, S. 798-884

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM II), 2nd ed., Washington DC, American Psychiatric Association 1968

ANGST, J., BATTEGAY, R., BENTE, D., BERNER, P., BROEREN, W., CORNU, F., DICK, P., ENGELMEIER, M.P., HEIMANN, H., HEINRICH, K., HELMCHEN, H., HIPPIUS, H., PÖLDINGER, W., SCHMIDLIN, P., SCHMITT, W., WEIS, P., Das Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP), Arzneimittel-Forsch. 19, 399-405 (1969)

ASH, P., The reliability of psychiatric diagnoses, J. abnorm. soc. Psychol. 1949, 44, S. 272-277

AUSUBEL, D.A., Persönlichkeitsstörung ist eine Krankheit, in: KEUPP, H. (Hrsg.), Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie, München-Berlin-Wien 1972, S. 57

BALINT, M., Therapeutische Aspekte der Regression. Eine Theorie der Grundstörung, Reinbek bei Hamburg 1973

BASAGLIA, F. (Hrsg.): Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen, Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz, Frankfurt 1971

BECKER, H.S., Outsiders, Studies in the sociology of deviance, New York 1963

BENEDETTI, G., Klinische Psychotherapie, Berlin-Stuttgart 1964

BENEDETTI, G., Schizophrenie, in: MÖLLER, C. (Hrsg.) Lexikon der Psychiatrie, Berlin-Heidelberg-New-York 1973, S. 440-458

BERELSON, B., LAZARSFELD, P.F., Die Bedeutungsanalyse von Kommunikationsmaterialia, in: Praktische Sozialforschung (Hrsg.: René König), Dortmund und Zürich 1952

BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Bundestags-Drucksache 7/4200 und 7/4201)

BERNSTEIN, B., Soziale Struktur, Sozialisation und Sprachverhalten, Amsterdam 1970

BERNSTEIN, B., Elaborated and Restricted Codes : an Outline, in: LIEBERSON 1966, S. 126-133; Übersetzung in: KLEIN, W. u. D. WUNDERLICH (Hrsg.), Aspekte der Soziolinguistik, Frankfurt 1971

BINSWANGER, L., Schizophrenie, Pfullingen 1957

BLEULER, E., Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, in: ASCHAFFENBURG, G., Handbuch der Psychiatrie, Leipzig 1911

BLEULER, E., Lehrbuch der Psychiatrie, 11. Aufl., umgearbeitet von M. Bleuler, Berlin-Heidelberg-New York 1969

BLOHMKE, M., FERBER, CH. v., VALENTIN, H., WÄNGLER, K., Was ist Sozialmedizin? in: BLOHMKE, M., FERBER, CH. v., KISKER, K.P., SCHÄFER, H., Handbuch der Sozialmedizin, Bd. I, S. 1-4

BONHOEFFER, K., Die symptomatischen Psychosen, Leipzig-Wien 1910

CARSTAIRS, G.M. und WING, J.K., Attitudes of the General Public to Mental Illness, in: British Medical Journal 2, 1958, S. 594-597

CLARK, R.E., Psychosis, income and occupational prestige, Amer. J. Sociol. 54 (1949), S. 433

COHEN, A.K., The study of social disorganization and deviant behaviour, in: MERTON, R.K., BROOM, L. und COTRELL, S. Jr. (Eds.): Sociology today: Problems and Prospects, New York 1959, S. 461-484

COHEN, A.K., Abweichung und Kontrolle, München 1972

COOPER, B. und MORGAN, H.G., Epidemiologische Psychiatrie, München-Wien-Baltimore 1977

COOPER, D., Psychiatrie und Antipsychiatrie, Frankfurt 1971

CUMMING, E. und CUMMING, J., Closed Rangs: An Experiment in Mental Health Education, Cambridge, Mass. 1957, S. 5ff.

CUMPTON, E., WEINSTEIN, A.D., ACKER, C.W., ANNIS, A.P., How Patients and Normals See the Mental Patient, Journal of Clinical Psychology 23, 1967, S. 46-49

DAVIDSON, H., Dr. Whatisname, Mental Hospitals 9, (1958), 8

DAVIS, E.E., Zum gegenwärtigen Stand der Vorurteilsforschung, in: HARTMANN, K.D. (Hrsg.), Vorurteile. Ihre Erforschung und ihre Bekämpfung, Politische Psychologie, Band 3, Frankfurt 1964, S. 51-71

DEGKWITZ, R., HELMCHEN, H., MOMBOUR, W. (Hrsg.), Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, Deutsche Übersetzung der internationalen Klassifikation der WHO (ICD), 8. Revision, und des internationalen Glossars, 3. Aufl., Berlin-Heidelberg-New York 1973

DIETRICH, R., Psychodiagnostik, München-Basel 1973

DÖRNER, K., Bürger und Irre, Frankfurt 1969

DÖRNER, K. und PLOG, U. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Psychisches Leiden zwischen Integration und Emanzipation, Neuwied und Berlin 1972

DURKHEIM, E., Les règles de la méthode sociologique, Paris 1918

DURKHEIM, E., Selbstmord, Neuwied 1967

ELLIS, A., Sollen manche Menschen als psychisch krank bezeichnet werden? in: KEUPP, H. (Hrsg.), Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie, München-Berlin-Wien 1972

ENGELHARDT, K.H., Der Patient in seiner Krankheit, Stuttgart 1971

ENKE, H., ENKE-FERCHLAND, E., POHLMEIER, H., SPEIERER, G.W., TROTSCHKE, J. v., Lehrbuch der medizinischen Psychologie, München-Berlin-Wien 1974

FARIS, R.E.L. und DUNHAM, H.W., Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses, Chicago 1939

FERBER, CH. v. und KISKER, K.P., Interdisziplinarität, ein Kernproblem der Sozialmedizin - der Beitrag der Medizinsoziologie und der Sozialpsychiatrie, in: BLOHMKE, M., FERBER, CH.v., KISKER, K.P., SCHÄFER, H., Handbuch der Sozialmedizin, Bd. I, S. 26-43

FERBER, L. v., Verstehen und Verständigung zwischen Arzt und Patient, Fortschr. Med., 91 (1973), 8, S. 311-312 u. 345

FERBER, L. v., Die Sprachsoziologie als eine Methode der Untersuchung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1/1975, S. 87

FERGUSON, C.A., Diglossia, Word XV 1959, S. 325-340

FINZEN, A., Reformkosmetik statt Strukturreform, in: HIPPIUS, H. und LAUTER, H. (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie, München-Wien-Baltimore 1976, S. 13-28

FISHMAN, J.A., Soziologie der Sprache, München 1975

FLEMMING, E.G., The 'halo' around personality, Teach. Coll. Rec. 43, 1942

FOLKARD, S., Comparative Study of Attitudes to the Rehabilitation of Psychiatric Patients, in: British Journal of Preventive Social Medicine 14, 1960, S. 23-26

FOUDRAINE, J., Wer ist aus Holz, München 1973

GARFINKEL, H., Conditions of successful degradation ceremonies, Amer. J. Sociol. 61 (1956), S. 420-424

GEBSATTEL, V.E. Frh. v., Prolegomena einer medizinischen Anthropologie, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1954

GENERAL REGISTER OFFICE, A glossary of mental disorders, Studies on mental and population subjects, No. 22, London 1968

GLATZEL, J., Das psychisch Abnorme, Ansätze zu einer Psychopathologie, München 1977

GLATZEL, J., Antipsychiatrie, Stuttgart 1975

GLEISS, I., SEIDEL, R., ABHOLZ, H., Soziale Psychiatrie, Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung, Frankfurt 1973

GROSS, R., Medizinische Diagnostik, Grundlagen und Praxis, Berlin-Heidelberg-New York 1969

GRUHLE, H.W., Verstehende Psychologie, Stuttgart 1956

GURLAND, B.J. et al., Cross National Study of Diagnosis of mental Disorders: Hospital Diagnosis and Hospital Patients in New York and London, Comprehensive Psychiatry 1970, 11

HÄFNER, H., CESARINO, A.C., CESARINO-KRANZ, M., Konstanz und Variabilität klinisch-psychiatrischer Diagnosen über sechs Jahrzehnte, Sozialpsychiatrie 2 (1967), S. 14-25

HÄFNER, H. und REIMANN, H., Zur Ökologie seelischer Erkrankungen, in: HEINRICH, K. (Hrsg.), Neuroleptische Dauer- und Depottherapie in der Psychiatrie, Konstanz 1969

HARFLINGER, H., Kommunikationsweise zwischen Arzt und Patient in der Psychiatrie, in: LÖTH, P. (Hrsg.), Kommunikation in der Medizin, Stuttgart 1975

HARTMANN, K., Psychologische Diagnostik, Stuttgart 1970

HEIKE, G., Sprachliche Kommunikation und linguistische Analyse, Heidelberg 1969

HEINRICH, K., Psychiatrie auf der Anklagebank, in: HIPPIUS, H. und LAUTER, H. (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie, München-Wien-Baltimore, S. 49-60

HEINRICH, K., Zur Lage der Psychiatrie nach der Psychiatrie-Enquête, Rheinisches Ärzteblatt 13/1977, S. 611-619

HEINTZ, P., Vorurteile und Minoritäten, in: KÖNIG, R. (Hrsg.), Soziologie, Fischer Lexikon, Bd. 10, 1958, S. 303-307

HEISS, R., Die Lehre vom Charakter, Berlin 1942

HOFSTÄTTER, P.R., Einführung in die Sozialpsychologie, 4. Aufl., Stuttgart 1966

HOLLINGSHEAD, A. und REDLICH, F., Social Class and Mental Illness, New York 1958

HUBER, G., Chronische Schizophrenie, Synopsis klinischer und neuroradiologischer Untersuchungen an defektschizophrenen Anstaltspatienten, Heidelberg 1961

HUBER, G., Psychiatrie, Stuttgart-New York 1974

HUMBOLDT, W. v., Über die Verschiedenheit des menschlichen Sprachbaues und ihren Einfluß auf die geistige Entwicklung des Menschengeschlechtes, Bd. VII (1. Hälfte) der Ges. Schriften, hg. v. Königlich-Preußischen Akad. d. Wiss. (1903-1920), Berlin 1907, zit. nach HÖRMANN, H., Psychologie der Sprache, Berlin-Heidelberg-New York 1970, S. 14

JACOBSON, R., Closing Statement: Linguistics and poetics, in: Sebock, T.A. (Hrsg.), Style in Language, Cambridge/Mass. 1971; Übers. in: Blanke, G.H., Einführung in die semantische Analyse, München 1973

JAECKEL, M. und WIESER, S., Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit, Stuttgart 1970

JASPERS, K., Allgemeine Psychopathologie, Berlin 1913, 8. Aufl. Berlin 1965

KADUSHIN, C., Why people go to the psychiatrists, New York 1968

KEUPP, H., Psychische Störungen als abweichendes Verhalten, München 1972

KEUPP, H., Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen klinischer und sozialwissenschaftlicher Perspektive, in: KEUPP, H. (Hrsg.), Verhaltensstörungen und Sozialstruktur, München-Berlin-Wien 1974

KLAPPROTH, J., Erwünschtheit und Bedeutung von 338 alltagspsychologischen Eigenschaftsbegriffen, Psychologische Beiträge 14, 1972

KLEE, E., Die armen Irren, Düsseldorf 1972

KLEINING, G., MOORE, H., Soziale Selbsteinstufung. Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten, in: KZfSS 20, (1968), S. 502-552

KLEIST, K., Fortschritte der Psychiatrie, Frankfurt 1947

KOLLE, K., Die endogenen Psychosen - das delphische Orakel der Psychiatrie, München 1955

KOOS, E.L., The Health of Regionville, New York 1954

KRAEPELIN, E., Lehrbuch der Psychiatrie, 1.-9. Aufl., Leipzig 1883-1927

KRAMER, M., Cross-national study of diagnosis of mental disorders. Origin of the problem, Amer. J. Psychiat. 125 (Suppl.) 1-11 (1969)

KRANZ, H. und HEINRICH, K., Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie, Stuttgart 1967

KRETSCHMER, E., Der sensitive Beziehungswahn, Berlin 1918

LABOV, W., The Social Stratification of English in New York City, Center for Applied Linguistics, Washington D.C. 1966

LABOV, W., Das Studium der Sprache im sozialen Kontext, in: KLEIN, W. und WUNDERLICH, D., Aspekte der Soziolinguistik, Frankfurt 1973

LAING, D., Phänomenologie der Erfahrung, Frankfurt 1970

LASSWELL, A.D., CERNER, D., SOLA POOL, I. de, The Comparative Study of Symbols, An Introduction, Stanford 1952

LEONHARD, K., Die Aufteilung der endogenen Psychosen, Berlin 1957

LORR, M., KLETT, C.J., McNAIR, D.M., LASKY, J.J., Impatient multidimensional psychiatric scale (IMPS), Palo Alto/Calif. 1962

LÖTH, P., Kritisches zur Rollenkonzeption in der Medizin, in:LÖTH, P., Kritische Medizin, Reinbek bei Hamburg, 1972, S. 295-302

MAINZER, F., Über die logischen Prinzipien der ärztlichen Diagnose, in: SCHAXEL, H. (Hrsg.), Abhandlungen zur theoretischen Biologie, Berlin 1925

MEAD, G.H., Mind, Self and Society, Chicago/III. 1934

MENNINGER, K., The vital balance, New York 1965

MERTON, R.K., Social theory and -ocial structure, New York 1957

MISCHEL, W., Personality and Assessment, New York 1968

MOMBOUR, W., Klassifikation, Patientenstatistik, Register, in: GRUHLE, H.W., JUNG, R., MAYER-GROSS, W., MÜLLER, M., Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, S. 81-118 Berlin-Göttingen-Heidelberg 1973

MORRIS, C., Foundations of the Theory of Signs, International Encyclopedia of Unified Sciences, Chicago 1938

MÜLLER, C., Psychotherapie und Soziotherapie der endogenen Psychosen, in: Psychiatrie der Gegenwart, 2. Aufl., Bd. I/1, Berlin-Heidelberg-New York 1972

MYERS, J.K. und ROBERTS, B.H., Family and Class Dynamics in Mental Illness, New York 1959

OEVERMANN, U., Sprache und soziale Herkunft, Berlin-Frankfürt 1972; Ausschnitte in: HOLZER, H. und STEINBACHER, K. (Hrsg.), Sprache und Gesellschaft, Hamburg 1972

OSGOOD, C. und TANNENBAUM, P., The Measurement of Meaning, Urbana/III. 1957

OVERALL, J.E. und GORHAM, D.R., The brief psychiatric rating scale, Psychol. Rep. 10 (1962), S. 799-812

PARSAMANIK, B., A Survey of Mental Disease in an Urban Population IV. An Approach to Total Prevalence Rates, Archives of General Psychiatry 1961

PARSONS, T., The social system, New York 1951

PETERS, U.H., Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, München-Berlin-Wien 1971

PETERSON, J., The effect of attitude on immediate and delayed reproduction, J. Educ. Psychol., 7 (1916)

PETRONI, A.F. und GRIFFIN, C., Labeling and Psychiatry, Soc. Sci. & Med. 1969, Vol. 3, S. 239-247

PFLANZ, M., Medizinsoziologie, in: KÖNIG, R. (Hrsg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. II, Stuttgart 1969, S. 1123-1156

PFLANZ, M., Epidemiologie und Präventivmedizin, in: Deutsches Ärzteblatt 68 (1971), 7, S. 468-474

REBELL, C., Sozialpsychiatrie in der Industriegesellschaft, Frankfurt 1976

REDLICH, F.C. und FREEDMANN, Theorie und Praxis der Psychiatrie, Frankfurt 1970

REIMANN, H., Die Gesellschaft und der Geisteskranke, in: Sozialpsychiatrie, 4, 1969, S. 87-94

RIDDER, P., Die Patientenkarriere: Von der Krankheitsgeschichte zur Krankengeschichte, Stuttgart 1974

ROSE, A.M., Sociological studies on mental health and mental disorder, International Social Science Journal, 20, 1968, S. 273-285

ROTSCHUH, K.E., Prinzipien der Medizin, München 1965

ROTTER, J.B., Social learning and clinical psychology, Prentice-Hall 1954

SARBIN, R., Sinn und Unsinn von "psychischer Krankheit", in: KEUPP, H. (Hrsg.), Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie, München-Berlin-Wien 1972

SAUSSURE, F. de, Cours de linguistique générale, Paris 1916

SCHARFETTER, C., Das AMP-System, 2. Aufl., Berlin-Heidelberg-New York 1972

SCHARFETTER, C., Allgemeine Psychopathologie, Stuttgart 1976

SCHEFF, T.J., Das Etikett "Geisteskrankheit", Frankfurt 1973

SCHELSKY, H., Die Soziologie des Krankenhauses im Rahmen einer Soziologie der Medizin, in: Der Krankenhausarzt, Bd. 31 (1958)

SCHEUCH, E.K. und DAHEIM, H., Sozialprestige und soziale Schichtung, in: GLASS, D.V. und KÖNIG, R. (Hrsg.): Soziale Schichtung und soziale Mobilität, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 5 (1968), S. 65-103

SCHMIDT, H.O. und FONDA, C.P., The reliability of psychiatric diagnosis: a new look, J. abnorm. soc. Psychol. 52 (1956)

SCHNEIDER, K., Klinische Psychopathologie, 1. Aufl. 1931, 9. Aufl. Stuttgart 1971

SCHULTE, W. und TÖLLE, R., Psychiatrie, Berlin-Heidelberg-New York 1975

SCHIEBEN-LANGE, B., Soziolinguistik, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1958, 7. Aufl. 1973

SIEGRIST, J., LEHRbuch der Medizinischen Soziologie, München-Berlin-Wien 1974

SILBERMANN, A., System. Inhaltsanalyse in: R. KÖNIG, Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 4, Stuttgart 1974, S. 253-339

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) 1968, 8. Revision, Stuttgart-Mainz, Bd. I (Systematisches Verzeichnis) 1968, Bd. II (Alphabetisches Verzeichnis) 1971

STEINIG, W., Soziolekt und soziale Rolle, Düsseldorf 1976

STRAUSS, K., The Nature and Status of Medical Sociology, Amer. Sociol. Rev. 22 (1957), S. 200-204

STROPP, H.H. und WILLIAMS, J.V. Some Determinants of Clinical Evaluations of Different Psychiatrists, Archive of General Psychiatry, 2 (1960), S. 434

STUMME, W., Die differenzierten Vorstellungen des Laien zum Problemkreis psychischer Erkrankungen. Eine Kritik der Vorurteilsforschung, Köln 1972 (Diss.)

SZASZ, T.S., Geisteskrankheit - ein moderner Mythos? Olten 1973

TELLENBACH, H., Melancholie, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1961

THOMAE, H., Persönlichkeit. Eine dynamische Interpretation, Bonn 1966

THORNDIKE, E.L., A constant error in psychological ratings, J. appl. Psychol. 4, 1920

THURSTONE, L.L., Theory of attitude measurement, Psychol. Rev., 36, S. 222-41 (1929)

VLIEGEN, J., Endogenität, in: MÖLLER, C., Lexikon der Psychiatrie, Berlin-Heidelberg-New York 1973, S. 164-168

WARD, C.H., BECK, A.T., MENDELSON, M., MOCK, J.E., ERBAUGH, J.K., The psychiatric nomenclature, reasons for diagnostic disagreement, Arch. Gen. Psychiatr., 1962, 7, S. 198-205

WEITBRECHT, H.J., Psychiatrie im Grundriß, Heidelberg-New York 1968

WHORF, B.L., Sprache, Denken, Wirklichkeit, Reinbek bei Hamburg 1963

WITTENBORN, J.R., Wittenborn psychiatric rating scales, New York 1955

WULFF, E., Psychiatrie und Klassengesellschaft, Frankfurt 1972

ZERBIN-RÜDIN, E., Die vielschichtigen Beziehungen der endogenen Psychosen in genetischer Sicht, in: HUBER, G. (Hrsg.), Schizophrenie und Zyklothymie, Stuttgart 1969

ZERSSEN, D. v., Diagnose, in: MÖLLER, C. (Hrsg.), Lexikon der Psychiatrie, Berlin-Heidelberg-New York 1973a

ZERSSEN, D. v., NOSOLOGIE, in: MÖLLER, C. (Hrsg.), Lexikon der Psychiatrie, Berlin-Heidelberg-New York 1973b

ZERSSEN, D. v., Psychisches Kranksein - Mythos oder Realität, in: HIPPIUS, H. und LAUTER, H. (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie, München-Wien-Baltimore 1976, S. 49-60

Ergänzung des Literaturverzeichnisses

BAEYER, W., Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie, Nervenarzt 26, 369 (1955)

BILZ, R., Die unbewältigte Vergangenheit des Menschengeschlechts, Frankfurt 1967

CONRAD, K., Die beginnende Schizophrenie, Stuttgart 1958

EY, H., Das Bewußtsein (übers. aus dem Franz. von K.P.Kisker), Berlin 1967

HÄFNER, H., Prozeß und Entwicklung als Grundbegriffe der Psychopathologie, Fortschr. Neurol. Psychiat. 31, 393 (1963)

HEINRICH, K., Zur Bedeutung der Stammesgeschichte des menschlichen Erlebens und Verhaltens für Neurologie und Psychopathologie, "Homo", Bd. 16, 65-77

JANZARIK, W., Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1959

KISKER, K.-P., Der Erlebniswandel des Schizophrenen, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1960

KISKER, K.-P., Schizophrenie und Familie, Nervenarzt 63, 13 (1962)

KULENKAMPFF, C., Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen, Nervenarzt 33, 6 (1962)

PETRILOWITSCH, N., Zur Strukturtheorie der endogenen Psychosen, Schweiz. Arch. Neurol. 81, 322 (1958)

PLOOG, D., Verhaltensforschung und Psychiatrie, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. I/1 B, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1964

WEITBRECHT, H.J., Zur Typologie depressiver Psychosen, Fortschr. Neurol. Psychiat. 20, 247 (1952)

ZUTT, J., Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963

L e b e n s l a u f

Ich wurde am 7.7.1952 als Sohn des Chirurgen und Urologen Dr. Albrecht Wöller und seiner Ehefrau Hildegard Wöller, geb. Möser in Laucha/Unstrut, Kreis Halle geboren.
Von 1959 bis 1963 besuchte ich die Grundschule in Groß-Umstadt (Hessen) und Mülheim/Ruhr, danach das Staatliche Gymnasium in Mülheim/Ruhr (altsprachlicher Zweig) bis zur Reifeprüfung am 22.5.1971. Seit 1971 studierte ich an der Universität Düsseldorf Medizin; das abschließende Praktische Jahr absolvierte ich in der Chirurgischen, Medizinischen und Pädiatrischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Krefeld. Die Ärztliche Prüfung bestand ich am 27.4.1978; die Approbation als Arzt wurde mir am 28.5.1978 zuerkannt. Nach einer halbjährigen Tätigkeit als Assistenzarzt in der Inneren Abteilung des Ev. Krankenhauses Essen-Kettwig leiste ich seit Anfang 1979 meinen Wehrdienst als Stabsarzt bei der Deutschen Bundeswehr in Hamm/Westfalen ab. Ich strebe eine neurologisch-psychiatrische Facharztausbildung mit Schwerpunkt Psychiatrie an. Ich bin verheiratet und wohne derzeit in Essen.